Dr. WŁADYSŁAW FELC, st. asystent.

ZMIANY ANATOMO - PATOLOGICZNE U SAMOBÓJCÓW.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik: Prof. Wiktor Grzywo - Dąbrowski).

W dziale śmierci gwałtownej samobójstwa, jak wskazują odnośne statystyki, pod względem liczebności zajmują drugie miejsce (na pierwszem — znajdują się zgony z wypadku, na trzeciem — zabójstwa). Lekarz wogóle, a szczególnie znawca sądowy, często w przypadkach zgonów gwałtownych musi zastanowić się nad pytaniem, czy nie wchodzi w rachubę samobójstwo.

Kazuistyka sądowo - lekarska podaje mnóstwo przykładów, świadczących o doniosłości orzeczenia lekarza biegłego czy to w toku dochodzenia, czy też na przewodzie sądowym. Oczywiście wypowiedzenie stanowczej opinji musi być poprzedzone przez szczegółowe uwzględnienie wszelkich danych, dotyczących przypadku i to nietylko na podstawie oględzin zwłok lecz i okoliczności ujawnionych przez dochodzenie lub rozprawę główną. Wiemy jednak również, że mimo to pewna ilość przypadków pozostaje niewyjaśnionych. Wielostronna różnorodność sposobów pozbawienia się życia, niezwykłe nieraz warunki, w jakich nastąpił zgon — wszystko to stwarza niejednokrotnie duże trudności przy poszukiwaniu najbardziej trafnego rozwiązania. Nic dziwnego przeto, że wszyscy niemal medycy sądowi, poczynając od czasów najdawniejszych, skrzętnie zbierają wszelkie spostrzeżenia, tak dla celów naukowych jak może jeszcze bardziej dla praktycznego wykorzystania w celu ułatwienia rozstrzygnięcia wątpliwości w tych przypadkach.

Wyjaśnienie, czy zachodzi samobójstwo, posiada znaczenie nietylko dla wymiaru sprawiedliwości lub ubezpieczenia, z kwestją tą wiąże się jeszcze sprawa rytuału pogrzebowego, którego forma uroczysta, jak np. w kościele katolickim nie może dotyczyć samobójców, pozbawiających się życia z rozmysłem. Wyłania się tutaj kwestja poczytalności t. j. czy zmarły działał w pełni władz umysłowych, czy też świadomość jego była przyćmiona lub zniesiona, jak to bywa w wielu chorobach psychicznych.

Ujmując zagadnienie samobójstwa w ten sposób, dochodzimy wprost do jądra rzeczy t. j. do przyczyny zamachu samobójczego.

Ilekroć zdarzy się zamach samobójczy, zawsze pada pytanie: jaka była jego przyczyna, a najczęstszą odpowiedzią, którą otrzymujemy jest: zawód miłosny, nędza, brak pracy, nieporozumienia rodzinne, głębokie upokorzenie, wstyd, obawa przed karą, alkoholizm i t. d. Odpowiedzi często są mniej lub więcej trafne, choć w dużej liczbie przypadków istotnej przyczyny nikomu ustalić się nie udaje.

Nie znajdując dostatecznie pewnego wyjaśnienia w warunkach zewnętrznych, zwrócono się do sfery duchowej samobójcy, wreszcie zaczęto się doszukiwać zmian anatomicznych, któreby mogły wyjaśnić to pytanie. Przypuszczano, że samobójca musi posiadać jakieś odrębne cechy i to nietylko pod względem psychicznym, ale także i cielesnym.

Poszukiwania zmian swoistych u samobójców w celu wyjaśnienia podłoża, które stanowić ma bodziec do samorzutnego usunięcia się z życia, są wyrazem rozbieżności poglądów na pytanie, czy samobójcę należy uważać za człowieka normalnego, czy też za dotkniętego jakiemiś głębszemi zaburzeniami w dziedzinie psychiki.

Grzywo-Dąbrowski w podręczniku medycyny sądowej dla prawników, poruszając sprawę przyczyn samobójstwa podaje: „Najczęściej wchodzi tu w grę obostrzona i coraz bardziej ciężka walka o byt, skomplikowane warunki istnienia i połączone z tem silne napięcie władz psychicznych, co wyczerpuje w znacznym stopniu człowieka i czyni go mniej odpornym na rozmaite przeciwności życia", a dalej: „Trzeba jednak przyznać, że samobójcy bardzo często są dziedzicznie obarczeni, nieraz przejawiają rozmaite zboczenia nerwowe i psychiczne, a stosunkowo często cierpią nawet na choroby umysłowe. Poza zmianami w sferze psychicznej, stwierdzano nieraz u samobójców rozmaite zboczenia w rozwoju narządów ciała lub wogóle znajdowano przy sekcji zwłok rozmaite cierpienia mniej lub więcej ciężkie. Ze zboczeń rozwojowych stosunkowo często znajdowano przerost tkanki chłonnej i gruczołów chłonnych wraz z obecnością dużej grasicy. Życie płciowe w rozmaitych jego przejawach stoi w ścisłym związku ze samobójstwem; częste są samobójstwa młodzieży w okresie przełomowym, gdy występuje dojrzewanie płciowe; kobiety najczęściej odbierają sobie życie w wieku lat 20—30, gdy życie płciowe jest najwięcej intensywne i gdy występują rozmaite zawody miłosne. Samobójstwa kobiet pozatem często zdarzają się w okresie regularności i podczas ciąży. Choroby weneryczne również nierzadko popychają młodzież do samobójstwa, zboczenia płciowe, a szczególnie homoseksualizm bywają też nieraz przyczyną pozbawienia się życia".

Wachholz w ostatniem wydaniu swego podręcznika mówi: „Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że znaczna część samobójstw pozostaje

w ścisłym związku albo z chorobą umysłową samobójcy albo co najmniej z ich stanem psychopatycznym, znajdującym często swą podstawę w takich zmianach anatomicznych jak pachy i leptomeningitis fibrosa, microhydro i porencephalia, zarośnięcie tylnych rogów w bocznych komorach mózgowych i t. d. Czy stan niedorozwoju (status hypoplasticus) w szczególności status thymicus stanowi moment organiczny, usposabiający do samobójstwa, są zdania podzielone. Z chorób rozpadowa postać gruźlicy zdaje się uodporniać względem samobójstwa, być może dlatego, że łączy się zawsze z gorącą chęcią do życia, jaką odznaczają się suchotnicy. Obok stanów nieprawidłowych mogą wreszcie także pewne okresowe stany fizjologiczne usposabiać do samobójstwa, np.: regularność, ciąża, wiek przejściowy. Wymienione powyżej stany stanowią przyczynę jedynie usposabiającą do samobójstwa, które odnośne jednostki popełniają dopiero pod wpływem przygodnych czynników zewnętrznych. Czynniki te są różne, właściwe wiekowi samobójcy, jego pozycji społecznej i t. d. naruszając równowagę jego samopoczuwania się, pozbawiają zadowolenia z życia, a przynajmniej zadowolenie to obniżają. Radość życia zmniejsza się także pod wpływem kultury i dlatego spotykamy się z samobójstwem procentowo o wiele częściej u ludzi ognisk kulturalnych aniżeli u ludności wiejskiej. Najważniejszym z czynników, który wiedzie do samobójstwa w wieku młodocianym, jest ograniczenie i tłumienie popędu płciowego przez kulturę, niekiedy znowu rolę czynnika pobudzającego odgrywa naśladownictwo; podwójne samobójstwa zdarzają się najczęściej z materjalnych zewnętrznych pobudek u par małżeńskich lub u rodziców ze swem potomstwem".

W ostatniem wydaniu podręcznika Hoffmanna - Haberdy z roku 1927 czytamy, że nie należy rozpatrywać bezpośredniej przyczyny samobójstwa ze stanowiska ogólnego, a tylko z uwzględnieniem indywidualnych warunków danej jednostki. Zdaniem autora błędne jest stanowisko tych psychjatrów, którzy każdy zamach samobójczy kładą na karb zaburzeń umysłowych. Wygłaszając pogląd, że często przyczyna samobójstwa tkwi w chorobie cielesnej lub umysłowej, autor zwraca jednak uwagę, że nie należy przeceniać drobnych zmian chorobowych w narządach, gdyż w przypadkach śmierci niesamobójczej takież same zmiany jako zjawiska uboczne, występować mogą.

F. Strassmann jako powody samobójstw młodzieży wymienia złe oceny szkolne, obawę przed karą, urażoną ambicję. Jako czynniki szczególnie usposabiające podaje psychopatję i okres dojrzewania płciowego: znaczny wpływ, jego zdaniem, mogą wywrzeć lektura i kino, dalej nędza, utrata stanowiska, obawa kary, choroba nieuleczalna, sprawy miłosne, stany depresji, regularność, ciąża. Twierdzi on, że przy sekcjach samobójców często spotyka się zmiany chorobowe w narządach ciała,

nie uznaje jednak wpływu zmian konstytucjonalnych (stan grasiczo-chłonny lub stan niedorozwoju ogólnego) na zamach samobójczy. Według niego dużą grasicę, wybujały układ chłonny języka i grudki chłonne w jelitach dość często spotyka się na zwłokach osób zmarłych nagle lub zabitych, natomiast choroby umysłowe w ścisłem tego słowa znaczeniu u samobójców stwierdza się stosunkowo rzadko. Szczególnie wchodzą w rachubę stany depresji (psychoza manjakalno - depresyjna), schizofrenja, zaburzenia umysłu na tle miażdżycy i zmian starczych. Większość samobójców to psychopaci, którzy w przystępie przejściowych stanów depresji uciekają się do samobójstwa. Strassmann uważa, że zamach samobójczy występować może zarówno w okresie ostrego zatrucia alkoholem jak i u nałogowych alkoholików. Sądzi, że choroby nieuleczalne jako przyczyna samobójstwa wcale do rzadkości nie należą. O samobójstwie z przyczyny zaburzeń władz umysłowych świadczyć mogą spostrzeżenia lekarskie (przyżyciowe), zeznania świadków, wreszcie zmiany w zakresie układu nerwowego sekcyjnie stwierdzone. Sposób pozbawienia się życia (liczne obrażenia w różnych częściach ciała, kombinacje różnych środków, wielokrotnie podejmowane próby zamachu) świadczyć mają jeśli nie o istotnej chorobie umysłowej, to w każdym razie o wyraźnych zaburzeniach w sferze władz umysłowych.

Z przytoczonych powyżej poglądów tak poważnych autorów niepodobna pominąć milczeniem dość znacznych różnic w ujmowaniu przyczyny pozbawienia się życia, i dlatego też wyłoniła się konieczność zdobycia bardziej przekonywującego miernika, któryby dopomógł do wyjaśnienia tej kwestji. Zamiast podłoża socjalnego, indywidualnego, umysłowego, czynnościowego, i t. d. zabrano się do badania zmian stwierdzanych w zwłokach samobójców.

Ten kierunek zapoczątkował jeden z pierwszych Heller w r. 1900, przeprowadzając badania nad zwłokami 300 samobójców, i starannie odnotowując wszelkie zmiany chorobowe, jakie znalazł przy autopsjach. Za nim poszli inni badacze, dorzucając większą lub mniejszą ilość spostrzeżeń (Ollendorf, Brosch, Egglhuber, Pfeiffer, Bartel, Miłovanovic, Eickhoff, Schackwitz i inni), z polskich badaczy zagadnieniem tem interesował się Siengalewicz, który w roku 1913 opracował 302 przypadki sekcyjne zwłok samobójczych, a ostatnio bardzo żywo sprawą tą pod względem anatomji patologicznej zwłaszcza w zakresie t. zw. stanu grasiczo - chłonnego, znaczenia miesiączkowania, alkoholizmu i t. d. u samobójców zajmował się Grzywo - Dąbrowski.

Krytyczna ocena wartości tych prac napotyka na duże trudności przedewszystkiem dlatego, że materjał badania był zbyt jednostronny: materjał Hellera w Instytucie Patologicznym, jak się zdaje, dotyczył tylko zwłok samobójców chorych, Brosch sekcjonował tylko zwłoki samo-

bójców wojskowych. Nie ulega żadnej wątpliwości, że możliwie ścisła ocena zmian chorobowych stwierdzanych sekcyjnie (a rozpatrywanych pod kątem widzenia przyczynowości zamachu samobójczego) da się osiągnąć dopiero przy operowaniu jednakowym materjałem i będzie tem bardziej miarodajna im na większej liczbie przypadków została oparta. Jednakże samo stwierdzenie zmian chorobowych w organiźmie samobójcy nie może dopóty być pewnym wskaźnikiem swoistego rozstroju jego psychiki, póki nie zostanie wykazane, że odchylenia te spotyka się wyłącznie u samobójców. W jakiej mierze słuszne są poglądy badaczy na znaczenie spraw chorobowych, wykrywanych przy sekcji zwłok samobójców, i rozpatrywanych pod kątem uzasadnienia zamachu samobójczego, ocenić można należycie dopiero przy porównaniu tych zmian w przypadkach samobójczych z przypadkami zgonów gwałtownych niesamobójczej natury, a także wypadków i śmierci zbrodniczej. Trzeba zaznaczyć, że żadna z prac poprzednich nie dawała możności takiego porównania, a stąd i wnioski autorów musiały być jednostronne. Brak tego rodzaju pracy porównawczej skłonił mnie do podjęcia niniejszego tematu.

Korzystając z bogatego materjału sekcyjnego Zakładu Medycyny Sądowej i zachęcony przez Profesora Grzywo - Dąbrowskiego, przystąpiłem do opracowania tego materjału na podstawie protokułów badań pośmiertnych, jakie dokonane zostały w okresie 6—7 lat w naszym Zakładzie.

Sekcje przeprowadzane były na zarządzenie władz prokuratorskich i sądowych przez różnych obducentów (personel lekarski Z.M.S.*), jednak ta okoliczność ze względu na jednolity, wprowadzony i przestrzegany przez Kierownika Zakładu sposób opisywania zmian anatomo - patologicznych i utrwalania ich w formie protokułów, nie daje podstaw do obawy, by zarówno spostrzeżenia jak i wnioski z nich wyciągane były zbyt indywidualne. Jeśli nawet są jakieś usterki i braki, to wobec tego, że ogólna liczba zebranych przypadków wynosi zgórą dwa tysiące, więc i możliwe błędy w tym stosunku są minimalne.

Nie dobieraliśmy przypadków ani co do wieku, ani też co do rodzaju śmierci:; biorąc roczniki protokułów sekcyjnych (z lat 1925—1932), przeglądaliśmy je kolejno i odnotowywali zmiany i stany, uwzględniane przez poprzednich badaczy, odrzucając te przypadki, które czy to wskutek daleko posuniętego gnicia, czy też zniszczenia narządów (np. przejechanie) nie pozwalały na dokładną ocenę, a przedstawiały duże braki w szczegółach.

*) Mniej więcej ¼ ogólnej liczby sekcji została przez nas samych wykonana.

Zestawienie obejmuje 1003 przypadki samobójstw, w tem 520 mężczyzn i 483 kobiet oraz 1004 przypadki zgonów gwałtownych (wypadki i zabójstwa) z tego mężczyzn 807 i kobiet 197. Wobec tego, że nie stosowaliśmy metody selekcji, lecz rozpatrywaliśmy nasze przypadki kolejno, widać odrazu, że pośród ofiar zgonów gwałtownych samobójczych przeważają (zresztą niewiele) mężczyźni, że w grupie drugiej posiadają oni przytłaczającą przewagę, co tłumaczy się daleko częstszym ich udziałem zarówno w bójkach jak i w pracy, a więc łatwiejszą sposobnością narażenia się na niebezpieczeństwo utraty życia.

Najmłodsze ofiary śmierci gwałtownej liczyły 14 lat życia, najstarsze ok. 80; zdarzały się jeszcze starsze, lecz tych osobno nie braliśmy pod uwagę z powodu zbyt małej liczby ogólnej, która w porównaniu z całą sumą stanowiła zupełnie nikły odsetek. Nie wyodrębnialiśmy ani zawodu, ani wykształcenia ani stanowiska społecznego zmarłych, gdyż tych danych dokładnie zebrać nie było można, pozatem głównem naszem zadaniem było przeprowadzenie spostrzeżeń porównawczych co do zmian anatomicznych w narządach i dlatego też, choć przy rozważaniu zagadnienia samobójstwa okoliczności te nie są pozbawione znaczenia, pominęliśmy je świadomie, podobnie jak nie uwzględniliśmy różnic rasowych i wyznaniowych.

Dla dokładniejszej oceny wyników podzieliliśmy idąc za przykładem Pfeiffera, nasz materjał na grupy wieku, przyjmując dla pierwszej jako górną granicę lat 19, drugiej — 29, trzeciej — 39, czwartej —49, piątej — 59, szóstej — 69, i siódmej powyżej 70. (Podział na grupy patrz tabl. 1).

Na pierwsze miejsce pod względem ilości zamachów samobójczych wysuwa się grupa II (20—29) — 398 (mężczyzn 167 i kobiet 231), zgony wypadkowe przedstawiają się w liczbie 349 (M—298 i K.—51); drugie zkolei tworzy grupa III (30—39) w ogólnej liczbie równa co do rubryki wypadków jak i samobójstw — 223. Te dwie grupy obejmują łącznie 621 zwłok (M.—287 K. — 334) samobójców i 572 (M. — 491 K. — 81) wypadkowych, czyli przeszło połowę rozpatrywanego materjału; pozostałe pięć grup: I, IV, V, VI i VII dla samobójców dają liczbę — 382 (M. — 233 K. 149) dla wypadków— 432 (M. — 316, K. —116).

Jako podstawę dla porównania stanów i zmian dla poszczególnych grup wieku przyjęliśmy następujące dane: 1) długość ciała, 2) budowę, 3) odżywianie, 4) zmiany w zakresie układu nerwowego: stan opon mózgowych, waga mózgu, 5) serce i naczynia krwionośne — szerokość aorty nad zastawkami, wymiary serca i t. d.; 6) układ gruczołowy i chłonny, 7) układ trawienny, 8) układ moczopłciowy, 9) układ oddechowy, 10) układ kostny ze szczególnem uwzględnieniem wycis-

ków palczastych czaszki i 11) różne zmiany niejednakowo i nie we wszystkich grupach występujące.

Tablica 1.
Podział materjału.

Grupy wieku	Samobójstwa		Wypadki	
	Ilość	Mężcz Kob.	Ilość	Mężcz. Kob.
I — 19	100	M — 31 K — 69	88	M — 62 K — 26
II 20—29	398	M — 167 K — 231	349	M — 298 K — 51
III 30—39	223	M — 120 K — 103	223	M -- 193 K — 30
IV 40—49	132	M - 92 K - 40	133	M — 107 K — 26
V 50—59	82	M — 61 K — 21	99	M — 80 K — 19
VI 60—69	50	M — 39 K — 11	65	M — 43 K — 22
VII 70 —	18	M — 10 K — 8	47	M — 24 K — 23
Ogółem	1003	M — 520 K — 483	1004	M — 807 K — 197

Na załączonych tablicach i wykresach są zebrane odnośne dane i obliczone, gdzie to było możliwe w odsetkach.

Tablica 2.
Wzrost średni.

Grupy wieku	Samobójstwa	Wypadki
I — 19	M — 161 cm. K — 149 cm.	M — 159 cm. K — 152 cm.
II 20—29	M — 164 cm. K — 153 cm.	M — 166 cm. K — 153 cm.
III 30—39	M — 166 cm. K — 154 cm.	M — 167 cm K — 153 cm.
IV 40—49	M — 167 cm. K — 154 cm.	M — 165 cm. K — 154 cm.
V 50- 59	M — 163 cm. K — 150 cm.	M — 163 cm. K — 152 cm.
VI 60--69	M — 168 cm. K — 149 cm.	M -- 164 cm. K — 149 cm
VII 70 —	M — 164 cm. K — 148 cm.	M — 156 cm. K -- 150 cm.
Średnia ogólna II—VI wł.	M — 166 cm. K — 152 cm.	M — 165 cm. K — 152 cm.

I. D ł u g o ś ć. Średnia długość ciała, obliczona dla każdej grupy zosobna z uwzględnieniem również i płci jest podana na tablicy Nr. 2. Średni wzrost, obliczony dla grup II — VI włącznie wynosi dla samobójców mężczyzn — 166 cm. dla mężczyzn wypadkowych — 165 cm., dla kobiet w obydwu rodzajach śmierci po 152 cm. Przy sumowaniu i wyciąganiu średniej arytmetycznej wyłączyliśmy grupę pierwszą do lat 19 włącznie i grupę VII powyżej 70, pierwszą dlatego, że wzrost nie jest jeszcze całkowicie zakończony, VII-mą ponieważ mniej więcej w tym okresie wysokość człowieka wskutek zmian starczych jest cokolwiek mniejsza w porównaniu do okresu w pełni rozwoju i sił, co przypada na 20—60. Z tego porównania widać, że we wzroście kobiet w obu kategorjach niema różnicy żadnej, mężczyźni samobójcy natomiast wykazują wzrost o 1 cm. wyższy niż wypadkowi, co zresztą nie ma żadnego praktycznego znaczenia.

II. B u d o w a c i a ł a. Właściwość ta była określana, jak zwykle zresztą w tych razach, na oko, kierowano się budową kośćca, rozwojem mięśni, a także częściowo rozmiarami zwłok. Poniżej podajemy zestawienie procentowe i porównawcze wszystkich grup z podziałem na typy: silna, średnia, wątła.

	Samobójstwa							Wypadki							Samb.	Wyp.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII		
Silna	10	15	19	23	15	12	22	15	30	36	37	29	19	13	16%	30%
Średnia	78	72	67	62	76	68	67	59	54	53	50	56	46	57	71%	54%
Wątła	12	12	14	15	9	20	11	15	14	11	13	15	35	30	13%	16%

Do tego należy dodać cztery przypadki niedorozwoju ogólnego (st. hypoplasticus) po stronie samobójców i jeden po stronie wypadkowych. Cyfry, podane w odsetkach, wykazują widoczną przewagę silnej budowy ciała u wypadkowych, podczas gdy znowu budowa średnia u samobójców góruje nad liczbą odnośnej rubryki zmarłych z powodu wypadku. Zaznaczyć należy, że wśród zgonów wypadkowych duża ilość przypada na zbrodnie, przyczem niemałą rolę odgrywa tutaj zaczepność i awanturność, bądź też żywsza reakcja na zaczepki ze strony osób silnych. Budowa średnia w kategorji samobójców przeważa wyraźnie nad średnią u zmarłych naskutek wypadku — tej przewagi jednak w sposób nie budzący wątpliwości wyjaśnić nie możemy, być może największa liczba samobójców pod względem budowy to jednostki o zgoła średnich walorach co do siły.

III. O d ż y w i a n i e. Przy rozważaniu tej właściwości indywidualnej miernikiem była nietylko grubość podściółki tłuszczowej, lecz w pewnej mierze również i rozwój mięśni; wyłączyliśmy natomiast stany patologiczne, których wynikiem był nadmierny rozwój tłuszczu (oty-

łość) lub też niezwykły jego zanik czy brak — wyniszczenie. Wśród osobników o dobrem odżywianiu było sporo otyłych, wśród oznaczonych mianem „lichego" nieco wyniszczonych. Ponieważ jednak zarówno jedna jak i druga grupa nie były zbyt liczne, przeto cyfry w ten sposób zebrane dają pewną średnią najbliższą rzeczywistości, gdyż grupa „średnia" zdaje się mieć przewagę nad obu pozostałemi. Po wyprowadzeniu cyfr średnich dla wszystkich grup otrzymujemy następującą tabelkę:

	Samobójstwa							Wypadki							Samb.	Wyp.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII		
Dobre	46	47	38	42	45	26	17	21	25	28	40	27	34	34	42%	28%
Średnie	47	45	56	44	39	54	44	63	67	66	50	55	41	42	47%	60%
Liche	7	8	6	14	16	20	39	16	8	6	10	18	25	24	11%	12%

Z rezultatu ostatecznego wynikałoby, że ilość samobójców o odżywianiu dobrem przeważa nad liczbą osób, które zginęły innego rodzaju śmiercią gwałtowną, odżywianie średnie przeważa natomiast u wypadkowych, odżywianie liche jest nieomal jednakowo częste w obu kategorjach. Spostrzeżenia nasze o dobrem odżywianiu samobójców zgadzają się z poglądami Loewenthala, Eickhoffa, Broscha i Grzywo-Dąbrowskiego, a dodać jednocześnie trzeba, że stanowi temu towarzyszy zazwyczaj obecność zachowanej grasicy, o czem później jeszcze będzie mowa.

IV. Zmiany w zakresie układu nerwowego (centralnego). Badań mikroskopowych mózgu nie dokonywano, dane, zawarte w niżej przytoczonem zestawieniu obejmują tylko zmiany widoczne gołem okiem:

I. Zestawienie zmian w zakresie centralnego układu nerwowego*).

	Samobójstwa							Wypadki							S.	W.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII		
Wodogłowie wew. zew.	7	10	10	22	34	38	39	10	13	18	22	30	38	37	15%	19%
Zmleczenie op. mięk.	3	7	17	25	24	44	22	8	16	22	35	36	33	60	15%	25%
Zrosty opony twardej	—	6	3	5	4	30	39	—	2	(1)	7	11	25	51	6%	7%
Wągrowatość mózgu	—	(1)	(1)	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—
Ogniska rozmiękcz.	—	—	—	—	—	(4)	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—
Umysł. i nerw. chorzy	—	1	1	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1%	—
Zanik nerwu wzrok.	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nowotwory	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(2)	—	—

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne.

Zmiany anatomo-patologiczne w zakresie centralnego układu nerwowego wzbudzały i dotychczas wzbudzają największe zainteresowanie badaczy samobójstwa, co jest zrozumiałe ze względu na znaczenie ośrodkowego układu nerwowego. Czy istnieją jakieś wyraźniejsze

i większe różnice w budowie i zmiany organiczne stwierdzić się dające drogą badania sekcyjnego w mózgach samobójców? Gdyby udało się wykryć takie cechy swoiste i ustalić, że one właśnie są przyczyną zmienionej psychiki ludzi, pozbawiających się życia, wtedy, zdaje się, bylibyśmy już niemal na właściwej drodze do rozwiązania tej trudnej zagadki. Nie jest to jednak rzecz łatwa, albowiem, o ile struktura komórki nerwowej może być dość dokładnie określona przez badanie mikroskopowe, to przecież nie możemy jeszcze na tej podstawie zupełnie ściśle sprecyzować całej czynności tej komórki, gdyż nie posiadamy w tym zakresie dość dobrych i czułych a jednocześnie ścisłych metod badania. Zestawienie tych zmian na załączonej tablicy pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

Wodogłowie, występujące czy to jako zmiana wrodzona czy też nabyta, słusznie uważana jest za schorzenie, które na cały stan duchowy i umysłu człowieka może wywrzeć nieraz znaczny wpływ. Zmianę tę u samobójców spotykamy w 15%, a u wypadkowych w 19%. Podobnie gdy chodzi o zgrubienie i zmleczenie opon miękkich mózgu (t. zw. leptomeningitis chronica): może ona występować jako zejście stanów zapalnych, przy nadużywaniu napojów alkoholowych, jako cecha starości i t. d. U samobójców zmianę tę spotykaliśmy przeciętnie w 15%, u wypadkowych w 25%. Zrosty opony twardej z kośćmi pokrywy czaszkowej u samobójców w 6%, u wypadkowych w 7%. Z tego wynikałoby, że częściej zmiany te widzimy u ludzi, którzy zginęli śmiercią wypadkową, niż u tych, co skończyli samobójstwem.

Stwierdzone w poszczególnych grupach pojedyńcze przypadki wągrowatości mózgu są zjawiskiem sporadycznem, i jak się zdaje, bez większego znaczenia. Ogniska rozmiękczynowe w mózgu spostrzegane były w czterech przypadkach u samobójców i w jednym u wypadkowych i to w grupie VI wieku (60—69), w którym to okresie życia wylewy krwi na tle zmian ateromatycznych są objawem dość pospolitym. Przewaga tych zmian u samobójców stanowi dość wdzięczny przyczynek do wyjaśnienia, dlaczego ludzie, dotknięci tą chorobą, kończą samobójstwem. Zwykle bowiem udary mózgowe łączą się z niedowładem poszczególnych części ciała i czynią z danej jednostki kalekę zawadzającego często otoczeniu i świadomego swego beznadziejnego położenia. Ogniska rozmiękczynowe świadczą o tem, że proces chorobowy trwa już czas długi, czyli że okres, w ciągu którego oczekiwano wyleczenia i zupełnego powrotu do zdrowia, zawiódł nadzieję pokładaną w leczeniu, kalecy więc kończą świadomie swój beznadziejny żywot zamachem samobójczym. Jeżeli kiedykolwiek względnie łatwo jest odnaleźć najbardziej prawdopodobny motyw samobójstwa, to chyba właśnie u ludzi dotkniętych porażeniem.

Dotknięci rozmaitemi schorzeniami układu nerwowego stanowili 1% (nerwowo i umysłowo chorzy) i to wyłącznie tylko wśród samobójców. Nowotwór mózgu spotkaliśmy tylko jeden raz i to u zmarłego wskutek wypadku. Oczywiście czynnik ten nie może być uważany naogół jako objaw znamienny chyba tylko o tyle, że niekiedy wobec zawrotów głowy, zaburzeń wzrokowych i ruchowych sprzyjać może pośliznięciu się, upadkowi i t. p.

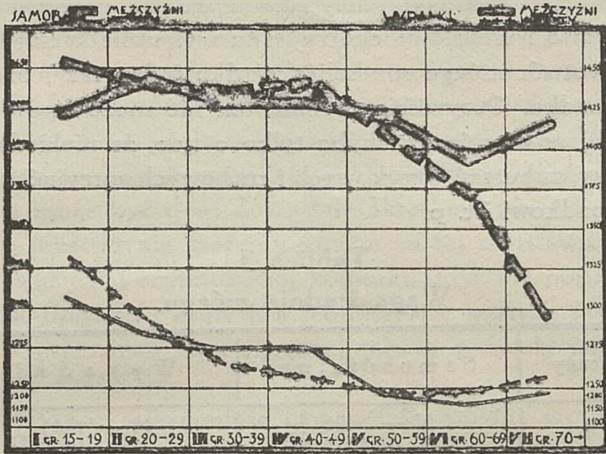
Tablica 3.

Waga średnia mózgu.

Grupy	Samobójstwa	Wypadki
I	M — 1425 K — 1316 gr.	M — 1454 K — 1326 gr.
II	M — 1441 K — 1288 "	M — 1441 K — 1288 "
III	M — 1431 K — 1275 "	M — 1434 K — 1266 "
IV	M — 1429 K — 1274 "	M — 1441 K — 1261 "
V	M — 1423 K — 1240 "	M — 1411 K — 1261 "
VI	M — 1392 K — 1178 "	M — 1370 K — 1246 "
VII	M — 1412 K — 1231 "	M — 1296 K — 1256 "
Ogólna średnia	M — 1422 K — 1257 "	M — 1407 K — 1270 "

Z wagi mózgu (patrz tabl. Nr. 3), jak zresztą było do przewidzenia (Samobójcy: M.—1422, K. — 1257. Wypadkowi: M.—1407, K.—1270) porównawczo nie da się wyprowadzić jednolitych wniosków, bowiem o ile waga mózgu zdaje się być wyższa u samobójców mężczyzn, to znowu waga mózgu kobiet jest wyższa w kategorji zgonów wypadkowych. Zresztą zauważyć wypada, że wahania indywidualne mogą być dość duże, co jak wiadomo nie musi pozostawać w łączności ze sprawnością władz ducha i umysłu, pozatem waga zależy w znacznej mierze od ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i stopnia ukrwienia mózgu, wobec czego temu czynnikowi nie należy przypisywać większego znaczenia (patrz krzywą wagi mózgu, wykres „a").

Stan wycisków palczastych, których głębokości i wyrazistości w stosunku do ewentualnie zmieniowych funkcji mózgu, przypisują niektórzy badacze większe znaczenie, według naszych spostrzeżeń porównawczych jako moment patognomoniczny zdaje się być pozbawiony realnej podstawy. Różnice procentowe nie są tak wybitne i nie występują z tak niezmienną regularnością, by mogły być przyjęte, jako znak roz-



Wykres 8.

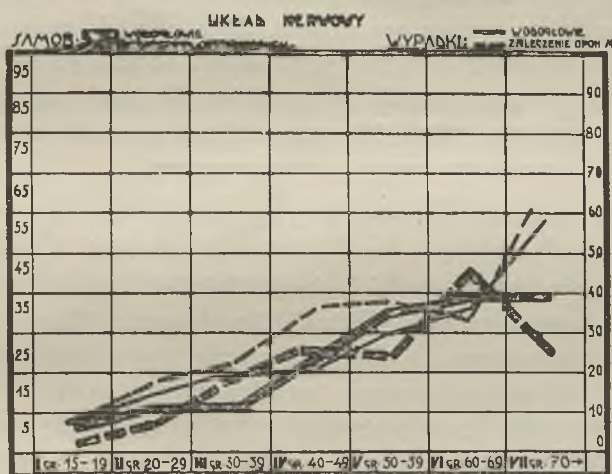
poznawczy, tem bardziej że nie ma dokładnej metody ustalenie ich głębokości. Poniżej załączone zestawienie ilustruje wyżej powiedziane:

Wyciski palczaste:	Samobójstwa		Wypadki	
wybitne	M. 7%	K. 7%	M. 4%	K. 5%
średnie	„ 53%	„ 64%	„ 55%	„ 51%
słabe	„ 40%	„ 29%	„ 41%	„ 44%

Jeżeli w grupie o średnio wyrażonych wyciskach palczastych u kobiet samobójczyń widzimy znaczną przewagę w porównaniu do kobiet zmarłych wskutek wypadku, lub mężczyzn wogóle, to zaznaczyć przedewszystkiem należy, iż naogół wyciski palczaste są silniej wyrażone u kobiet niż u mężczyzn, a to z powodu mniejszej grubości pokrywy a tem samem łatwiejszego ich powstawania, a jeżeli chodzi o grupę wypadkową, to ilość zwłok samobójczyń wynosiła 483, a kobiet zmarłych wskutek wypadku tylko 197, wobec nierównej liczby nie można mówić o ścisłości bezwzględnej.

Mózg i jego osłony zarówno łącznotkankowe jak i kostne od dawien dawna były terenem, na którym spodziewano się znaleźć jakieś zmiany, tłumaczące zamach samobójczy. Jednakże powiedzieć trzeba, że i tutaj natrafiono na trudności niełatwe do rozwiązania. Największa monografja Pfeiffera, obejmująca 595 przypadków sekcyjnych, na pierwszem miejscu stawia zmiany w układzie nerwowym i określa je dla mężczyzn w 29%, dla kobiet w 16%. Uznano, może i słusznie zresztą, że zmiany chorobowe w oponach oraz pokrywie kostnej (przewlekłe stany zapalne, przedwczesne skostnienie szwów, wyciski palczaste, wodogłowie) nie mogą pozostać bez wpływu na czynności kory mózgowej, która jest ośrodkiem wyższych władz duszy ludzkiej. Również i Sienga-

lewicz w swem zestawieniu zmiany te wysuwa na pierwsze miejsce. Na 302 przypadki sekcyjne stwierdza ich obecność w 88, co stanowi prawie 30% i jest bardzo zbliżone do cyfr Pfeiffera. Brosch, dzieląc zmiany w układzie nerwowym na kilka stopni, w sumie osiąga również tę cyfrę. Nasze badania, jak to już przedtem przedstawiono, wykazują naogół liczby odsetkowe znacznie mniejsze, przyczem podkreślić trzeba, że zmiany te jak wodogłowie, zmleczenie opon i zrosty opony twardej spotykaliśmy o wiele częściej u zmarłych wskutek wypadku niż u samobójców (patrz zestawienie i wykres „b"). Zauważyć także trzeba, że zmiany te ilościowo i jakościowo potęgują się w miarę jak posuwamy się do starszych grup wieku, coby dowodziło, że nie przedstawiają one nic znamiennego dla samobójców.



Wykres b.

Gaupp i Stelzner (według Placzka) na podstawie materjału klinik psychjatrycznych stwierdzają, że ogromna większość samobójców to ludzie bądź zdecydowanie chorzy pod względem umysłowym, bądź też dotknięci co najmniej jakiemś zboczeniem psychicznem. Autorzy ci, podobnie jak i Schackwitz zaledwo dopuszczają myśl o samobójstwie t. zw. fizjologicznem w przeciwieństwie do Placzka, który twierdzi, że ono istnieje, przyczem sprawca nie wykazuje żadnych odchyleń od normy. Nie może nas dziwić stanowisko Gaupp'a i Stelzner'owej: mieli oni do czynienia z pensjonarjuszami zakładów dla psychicznie chorych, a wiadomo przecież, że niektóre choroby psychiczne jak melancholja, katatonja, paranoia, epilepsja nieraz dopiero wtedy zostają ujawnione i rozpoznane, gdy chory popełni zamach samobójczy.

Brosch, opierając się na materjale wojskowym (poborowi i zawodowi), wyodrębnia oprócz samobójstwa fizjologicznego samobójstwo „naturalne", czyli formę pozbawienia się życia, gdzie ani zmiany chorobowe w ścisłem tego słowa znaczeniu, ani też stany fizjologiczne nie wywierają żadnego wpływu na czyn, który został podyktowany wyłącznie przez warunki natury życiowej.

Według Egglhubera schorzenia tego rodzaju, co porażenie postępujące, kiła mózgu, miażdżyca naczyń mózgowych, przewlekły alkoholizm — dają obrazy makro i mikroskopowe, pozwalające w pewnej mierze na ocenę sprawności władz umysłowych. W chorobach psychicznych (przy autopsji) oko i mikroskop naogół nie dają możności postawienia właściwego rozpoznania, w niektórych jednak przypadkach zmiany znalezione w mózgu mogą być potwierdzeniem istnienia choroby psychicznej. Egglhuber podaje szczególnie duży odsetek zmian anatomopatologicznych ze strony mózgu i jego osłon i oblicza go na 2/3=66% ogólnej liczby sekcjonowanych przypadków. Wniosek tego autora nie budzi jednak zaufania, gdyż, jak sam stwierdza, trzecia część mózgów nie była wogóle poddana badaniu pośmiertnemu.

Wyciski palczaste pokrywy kostnej mózgu, jako wyraz ucisku ze strony mózgu na pokrywę, a stąd możliwość zaburzeń w krążeniu krwi i limfy oraz zaburzeń w wydzielaniu produktów rozpadu, zwróciły na siebie baczną uwagę badaczy (Bartel, Brandstaetter, Kisser, Zyskind). Kwestja stosunku mózgu do objętości czaszki i wynikająca stąd ewentualność zaburzeń czynnościowych jest niewątpliwie bardzo ciekawa, by jednak otrzymać jakieś przekonywujące wyniki, należałoby na większym materjale przeprowadzić te badania, gdyż przytoczeni autorzy wnioski swe opierają na zbyt szczupłym, stąd niewielka ich wartość praktyczna. Co się tyczy wycisków palczastych, nie znaleźliśmy większych odchyleń w ich ukształtowaniu i wyrazistości w stosunku do obserwowanych na zwłokach osób zmarłych wskutek wypadku (patrz zestawienie procentowe powyżej). Przewaga wybitnie wyrażonych wycisków palczastych u samobójców w wysokości 2—3% w porównaniu z wypadkowemi w zestawieniu z wyrażonemi średnio i słabo, nie jest momentem rozstrzygającym, pozatem ustalenie to osiągnięte zostało jedynie przy pomocy wzroku i dotyku. Tylko ścisłe pomiary porównawcze (objętościowe) jamy czaszkowej i mózgu pozwoliłoby wnioskować o wpływie mózgu na wytwarzanie wycisków.

V. S e r c e i n a c z y n i a k r w i o n o ś n e. Rzut oka na stan serca i naczyń krwionośnych oraz zmian chorobowych w obu kategorjach śmierci gwałtownej daje nam następujący obraz porównawczy:

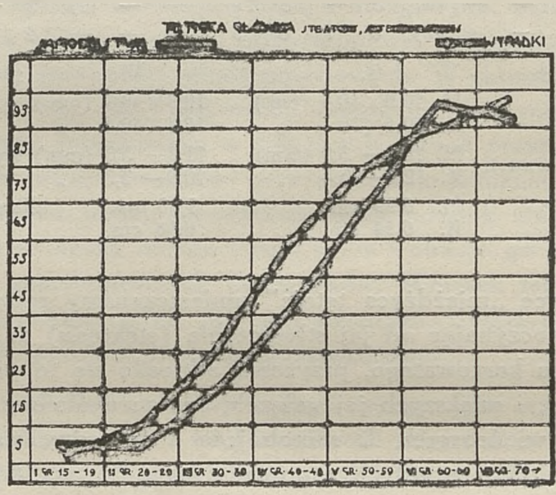
V. Zestawienie zmian w zakresie układu naczyniowego i serca.

	Samobójstwa							Wypadki								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Miażdżyca	6	6	19	40	67	96	94	2,5	10	28	60	78	90	98	24%	36%
Wada serca (zastawk.)	1	1,5	3,5	3	—	2	—	2,5	1	3	5	—	2	4	2%	2%
Zrosty worka os.	1	1,5	(2)	1	—	2	—	1	0,5	—	2	—	2	—	1%	1%
Zap. wsierdzia	—	(1)	—	—	—	--	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zap. bł. wewn. tętn. główn.	—	—	2	4	1	—	1	—	(1)	3	2	2	5	—	1%	1%
Zblizn. m. sercowego	—	—	(3)	3	—	8	11	—	—	(1)	2	—	3	6	1%	1%
Przerost. m. serc.	—	—	(2)	3	7	8	5	—	—	—	2	—	6	2	2%	1%

	S.	W.	
Wymiary serca	M. 10,9×10,4 (cm.)	10,9×10,9 (cm)	
	K. 10,6×10 „	10,3×10,5 „	
Grub. m. serc (Lew. i praw.).	M. 12,8— 3,9 (mm)	11,6— 3,3 (mm)	wymiary średnie
	K. 12,2— 3,4 „	10,9— 3,3 „	
Obwód aorty	M. 6,99 cm.	7,10 cm.	dla wszystkich grup wieku
	K. 6,54 cm.	6,66 cm.	

W rubryce „miażdżyca tętnic" umieszczaliśmy zmiany w błonie wewnętrznej, poczynając od jej stłuszczenia (steatosis) aż do zwapnienia lub rozpadu kaszowatego, przyczem odnosiło się to przeważnie do tętnicy głównej, i większych jej gałązek, ze szczególniejszem uwzględnieniem tętnic wieńcowych. U samobójców stwierdzaliśmy miażdżycę w 24% (średnio) u zmarłych z powodu wypadku w 36%. Przewaga tych zmian u wypadkowych tłumaczy się prawdopodobnie tylko większą (807) liczbą mężczyzn, którzy zginęli śmiercią gwałtowną wypadkową w porównaniu do samobójców mężczyzn, których było 502. U kobiet, jak wiadomo, zmiany ateromatyczne występują rzadziej niż u mężczyzn. Zrosty worka osierdziowego, wady zastawkowe, zbliznowacenie mięśnia sercowego, zapalenie błony wewnętrznej tętnicy głównej (mesaortitis) spotykaliśmy jednakowo często w obu kategorjach, przerost mięśnia sercowego dwukrotnie częściej u samobójców niż wypadkowych. Nie da się zaprzeczyć, że w związku z przerostem serca mogą występować zaburzenia czynnościowe, którym nieraz towarzyszyć mogą i przykre sensacje; taka niedomoga i zmniejszona przez nią wydolność w pracy, często depresja i przeświadczenie o mniejszej wartościowości w życiu społecznem, mogły w niektórych przypadkach wywrzeć wpływ decydujący na chęć pozbawienia się życia. Z drugiej znowu strony trudno pogodzić się z tem, żeby zmiany miażdżycowe (dalej posunięte) nie miały osiągać tego samego skutku, a tutaj znowu przewagę widzimy po stronie zmarłych wskutek wypadku. Z tego wynika, że usiłowanie odnalezienia przyczyny zamachu samobójczego w zmianach chorobowych, stwierdzalnych na sekcji jest metodą niepewną. Zauważyć ponadto trzeba, że schorzenia te, jak wynika z tabelki porównaw-

czej (zestawienie) występują powyżej lat 40, a największe cyfry osiągają w grupie VI i VII (powyżej lat 60, patrz wykres „c"). Także ani wymiary serca, ani obwód aorty (Tabl. 4, 5, 6) nie dają podstaw do przypuszczenia, pozwalającego na różnicowanie przypadków samobójstw od innych rodzajów śmierci gwałtownej. Stwierdzone różnice zupełnie dobrze mieszczą się w granicach błędu czy też odchyleń naturalnych.



Wykres c.

Tablica 4.

Obwód średni aorty nad zastawkami.

Grupy	Samobójstwa	Wypadki
I	M — 5,8 K — 5.5 cm.	M — 5,8 K — 5,7 cm.
II	M — 6,3 K — 5,8 "	M — 6,4 K — 6,0 "
III	M — 6,8 K — 6,0 "	M — 6,7 K — 6,3 "
IV	M — 7,2 K — 6 5 "	M — 7,3 K — 6,8 "
V	M - 7,3 K — 6,7 "	M — 7,7 K — 6,8 "
VI	M — 7,7 K — 7,6 "	M — 8,0 K — 7,5 "
VII	M — 7,8 K — 7,7 "	M — 8,0 K — 7,5 "
Średnia ogólna	M — 6,99 K — 6,54 cm.	M — 7,10 K — 6,66 cm.

Tablica 5.
Wymiary średnie serca (długość i szerokość).

Grupy	Samobójstwa	Wypadki
I	M — 10,2× 9,5 cm. K — 10,2× 9,2	M — 10,3× 9,6 cm. K — 9,9× 9,4
II	M — 10,9×10,1 K — 10,5× 9,4 "	M — 10,9×10,6 K — 10,1× 9,6 "
III	M — 11,0×10,8 K — 10,5× 9,5 "	M — 11,1×10,9 K — 10,1×10,5 "
IV	M — 11,0×10,5 K — 10,9×10,0 "	M — 11,2×11,3 K — 10,9×10,9 "
V	M — 11,1×10,5 K — 10,6×10,4 "	M — 10,9×11,3 K — 10,5×10,8 "
VI	M — 11,5×11,2 K — 11,2×10,8 "	M — 11,0×11,6 K — 10,2×10,8 "
VII	M — 10,6×10,4 K — 10,4×10 8 "	M — 10,6×11,1 K — 10,2×11,6 "
Średnia ogólna	M — 10,9×10,4 cm. K — 10,6×10,0	M — 10,9×10,9 cm. K — 10,3×10,5

Tablica 6.
Grubość mięśnia sercowego (lewa i prawa komora).

Grupy	Samobójstwa	Wypadki
I	M — 12 — 3,6 mm. K — 10,7— 3,2	M — 11 — 3,5 mm. K — 10,6— 3
II	M — 12,8— 3,8 K — 11,7— 3,4 "	M — 11,9— 4 K — 10,5— 3,3 "
III	M — 12,1— 3,8 K — 12,4— 3,5 "	M — 11,8— 4 K — 9,6— 3,2 "
IV	M - 13,0— 4 K — 11,0— 3,6 "	M — 12,0— 4 K — 10,5— 3 "
V	M — 13,0— 4 K — 13,0— 3,4 "	M — 11,8— 3,6 K — 11,3— 3,6 "
VI	M — 14,0— 4 K — 11,4— 3,2 "	M — 13,0— 3,5 K — 12,0— 3,3 "
VII	M — 12,6— 4 K — 15,0— 3,2 "	M — 12,0— 3,6 K — 12,0— 3,5 "
Średnia ogólna	M = 12,8— 3,9 mm. K = 12,2— 3,4	M — 11,6— 3,7 mm. K — 10,9— 3,3

Z niedorozwojem serca i wąskością aorty oraz zaburzeniami w obydwu rodzajach śmierci gwałtownej spotykaliśmy się tak rzadko, że sprawy te stanowią tylko ułamki odsetków, nie stwierdziliśmy również, by częstość tych zmian wykazywała widoczną przewagę w jednej lub drugiej kategorji (samobójstwa, wypadki).

VI. Układ gruczołowy i chłonny. Co się tyczy układu chłonnego, to podstawą jego oceny najczęściej był stan aparatu chłonnego na podstawie języka, a niekiedy, w bardzo zresztą

nielicznych i procentowo dlatego nie ujętych przypadkach, stan grudek chłonnych jelit i gruczołów chłonnych wogóle. Przyjęliśmy trzy stopnie określenia: wybujały, dobrze i średnio rozwinięty. Załączone poniżej zestawienie porównawcze daje możność zorjentowania się w stanie układu chłonnego.

VI. Zestawienie zmian w zakresie układu gruczołowego i chłonnego*).

	Samobójstwa							Wypadki								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Wybujały	21	16	14	13	7	10	11	17	18	16	13	13	4	—	15%	15%
Dobrze rozw.	42	52	50	50	57	38	28	75	60	59	50	63	46	30	50%	57%
Średnio rozw.	37	31	36	37	36	52	61	8	20	25	37	24	50	70	35%	28%
Zmiany w tarczycy	15	10	9	18	15	12	16	8	13	16	17	16	14	10	12%	14%
Grasica zachowana	86	55	28	11	—	—	—	84	40	19	4	—	—	—	45%	33%
Przer. ist. rdzen. nadner.	(1)	(8)	—	(1)	—	—	—	—	--	(1)	(2)	(1)	—	—	(10)	(4)
															Średnio	
Waga śledziony M	153	155	147	150	138	142	99	145	150	143	136	116	121	M.	140	131
w gram. K	123	131	124	129	144	113	98	118	130	142	124	137	106	K.	123	126

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne.

Z pośród gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem zwracaliśmy baczniejszą uwagę na grasicę, tarczycę, nadnercza, pozatem na śledzionę. W zestawieniu powyższem uwzględnione zostały dane bądź procentowe bądź też waga śledziony średnia dla każdej grupy wieku i średnia ogólna. Osobną wzmiankę poświęcimy gruczołom płciowym i wątrobie.

Co do układu chłonnego to wydatniejsze różnice zachodzą w grupach dotyczących stanu dobrego i średniego, są one jednak tak niejednolite, że nie uprawniają do zajęcia określonego stanowiska. Podobnie rzecz się ma ze zmianami w tarczycy.

Bardziej może wyraźne jest zachowanie się grasicy, której obecność stwierdza się do grupy czwartej włącznie w obu kategorjach śmierci gwałtownej; co do częstości zachowania grasicy, to widoczną przewagę stwierdzić musimy po stronie samobójców. Nie podajemy tutaj wagi, ani też wymiarów tego gruczołu; po bardziej wyczerpujące wiadomości w tej sprawie odsyłamy do pracy Grzywo - Dąbrowskiego p. t. Znaczenie t. zw. stanu grasiczo - limfatycznego (st. thymico - lymphaticus) dla medycyny sądowej (Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 45, 7. XI. 1929). Stan nadnerczy nie upoważnia do wyciągania jakichkolwiek wniosków, gdyż zmiany spotykane w tych gruczołach występują pojedyńczo i w odsetkach całkowitych przedstawione być nie mogły.

Waga średnia śledziony (patrz tabl. Nr. 7) u mężczyzn samobójców (140 gr) jest widocznie wyższa niż u wypadkowych (131 gr), natomiast u kobiet zmarłych wskutek wypadku jest nieco wyższa (126 gr) niż u samobójczyń (123 gr), choć różnica w drugiem zestawieniu jest

znacznie mniejsza niż w pierwszem; średnia ogólna dla samobójców, nie biorąc pod uwagę płci, wyniosłaby (140+123): 2 — 131, a dla wypadkowych (131 + 126) : 2 — 128, czyli tylko o 3 gr. cięższa u samobójców.

Tablica 7.
Waga średnia śledziony.

Grupy	Samobójstwa	Wypadki
I	M — 153 gr K — 123	M — 145 gr K — 118
II	M — 155 K — 131 "	M — 150 K — 130 "
III	M — 147 K — 124 "	M — 143 K — 142 "
IV	M — 150 K — 129 "	M — 136 K — 124 "
V	M — 138 K — 144 "	M — 116 K — 137 "
VI	M — 142 K — 113 "	M — 121 K — 106 "
VII	M — 99 K — 98 "	M — 104 K — 123 "
Średnia ogólna	M — 140 K — 123 "	M — 131 K — 126 "

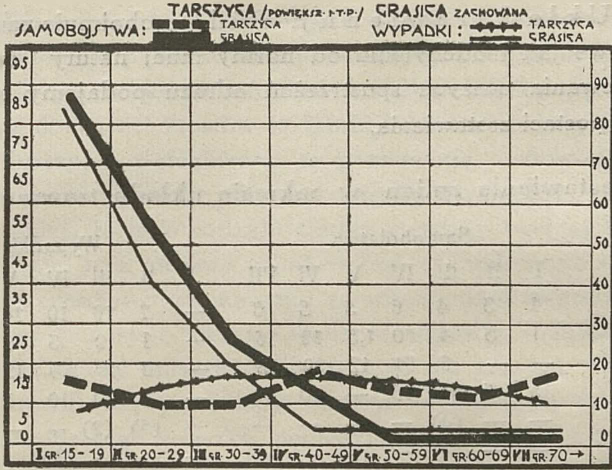
Najżywszą wymianę poglądów w swoim czasie wywołał, a dotychczas zresztą jeszcze budzi zainteresowanie stosunek t. zw. stanu grasiczego, względnie grasiczo - chłonnego do samobójstwa. Występowanie tego stanu jednocześnie z niedorozwojem ogólnym, a zwłaszcza z niedorozwojem układu krążenia (małe serce, wąskość aorty) dały podstawę Paltaufowi do wyodrębnienia go i traktowania jako zespołu zmian konstytucjonalnych. Uznanie go za przyczynę nagłego zgonu lub zamachu samobójczego było kulminacyjnym punktem przy ocenie anatomo - patologicznej lub też nawet sądowo - lekarskiej odnośnych przypadków. W monografji Pfeiffera o znaczeniu stanu grasiczo - chłonnego brak wniosków zdecydowanych w tej sprawie, natomiast Brosch obecność stanu grasiczo - chłonnego wiąże z opóźnieniem dojrzewania płciowego (retardierte Pubertät). I jeden i drugi autor akcentują dość mocno sprawę konstytucjonalizmu czyli pewnych silniej lub słabiej wyrażonych zaburzeń rozwojowych: u Pfeiffera wynoszą one dla mężczyzn i dla kobiet 7%, Brosch natomiast stwierdzał wąskość aorty w 39 przypadkach t. j. w 12%.

Miłovanovic (według Grzywo - Dąbrowskiego) znajdował stan grasiczo - chłonny w 47% i przywiązuje do niego duże znaczenie, podobnie jak Bartel oraz Brandstaetter i Kisser. Siengalewicz również często znajdował ten stan u samobójców.

Rychło jednak zaznaczył się odwrót od przeceniania ważności stanu grasiczo chłonnego jako przyczyny samobójstwa. Eickhoff na 298 sekcji zwłok w 77 przypadkach stwierdzał stan grasiczo - chłonny, lecz podnosi, że stanowi temu towarzyszyło zawsze dobre odżywianie, a w 33%, gdzie zauważył brak stanu grasiczo - chłonnego, skonstantował jednocześnie zły stan odżywiania. Utrzymuje on, że stan grasiczo - chłonny w rozumieniu Paltaufa nie istnieje i nie może być traktowany jako zaburzenie rozwojowe. Stan grasiczo - chłonny, jego zdaniem, nie jest przyczyną samobójstwa, oznacza natomiast poniekąd to, że człowiek, który umiera nagle, będąc zdrowym i młodym, jest dobrze odżywiony. Pogląd Eickhoffa w tej mierze zgadza się ze stanowiskiem Loewenthala.

Grzywo - Dąbrowski we wspomnianej już monografji „O znaczeniu t. zw. stanu grasiczo - limfatycznego (status thymico - lymphaticus) dla medycyny sądowej" opartej na badaniu mikroskopowem i wagowem 922 grasic w wieku od 1 do 45 lat życia (w tem 246 samobójstw, 381 zgonów gwałtownych, 62 z przyczyn naturalnych i 231 wskutek chorób) wyprowadza następujące wnioski: Grasica najwięcej waży między 15 a 20 rokiem życia, w dalszych latach waga jej zaczyna spadać i zwykle po 20—30 roku życia zapomocą wagi ilości miąższu określić się nie da; miąższ w postaci wysepek bywa wtedy rozrzucony wśród tkanki tłuszczowej i łącznej. W żadnym z tych przypadków nie mógł autor przyjąć działania mechanicznego grasicy za przyczynę śmierci; w wielu przypadkach śmierci nagłej zarówno gwałtownej jak i z przyczyn naturalnych znajdował te same obrazy anatomiczne (podobną wagę i obraz mikroskopowy). Zdaniem Grzywo-Dąbrowskiego stan grasiczo - limfatyczny jest stanem normalnego zdrowego i młodego organizmu. W przypadkach chorób zakaźnych szczególnie zaś przewodu pokarmowego u dzieci widywał obrzęk i przerost gruczołów chłonnych i aparatu chłonnego w rozmaitych okolicach ciała. Zanik grasicy spostrzegał w przypadkach wyniszczenia. Wreszcie wyraża wątpliwość, czy stan grasiczo - chłonny, jako zmiana wrodzona, wogóle istnieje.

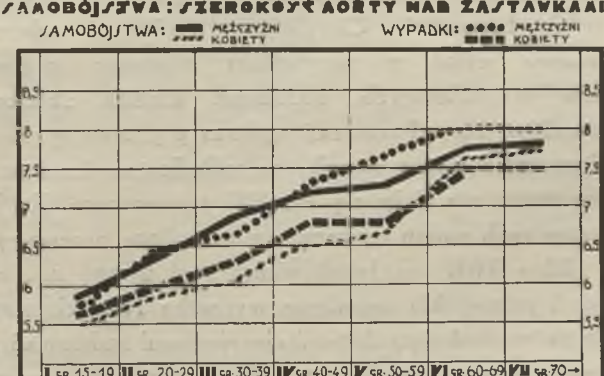
Na podstawie naszego materjału stwierdzić musimy, jak to zresztą wykazał Grzywo - Dąbrowski, że grasicę spotykamy do końca czwartego dziesięciolecia życia (patrz krzywą „d"), że waga jej stopniowo maleje w miarę starzenia się ustroju, że obecność jej również jak i dobrze rozwiniętego układu chłonnego (na podstawie języka i w jelitach) cechuje młodego i dobrze odżywionego osobnika. Podnieść jednak trzeba, że u samobójców spotyka się ją częściej (w 45%) niż u wypadkowych (w 33%), co może się da wytłumaczyć lepszym stanem odżywiania samobójców (patrz zestawienie powyżej).



Wykres „d".

Co się tyczy rozwoju układu chłonnego (na języku i w jelitach) to większych różnic między samobójcami a zmarłemi wskutek wypadku nie znaleźliśmy.

W odniesieniu do stanu niedorozwoju ogólnego, obejmującego czy to układ naczyniowy, czy kostny, czy gruczołowy (gruczołów płciowych) to na 2000 przypadków przez nas badanych (częściowo osobiście, częściowo na mocy protokułów sekcyjnych) zmiany tego rodzaju stwierdzaliśmy tylko kilka razy i wobec tego nawet w procentach podać ich nie możemy. Niema zatem mowy o jakimś konstytucjonalnym niedorozwoju właściwym dla samobójców. Tylko kilka razy spotykaliśmy aortę węższą niż 5 cm., a wogóle, jak to wykazuje załączona krzywa „e", szerokość tętnicy głównej nad zastawkami wzrasta w miarę starzenia się organizmu, podobnie jak postępują zmiany miażdżycowe w tętnicach w myśl zasady: „każdy ma wiek swoich tętnic" (p. wykres „e").



Wykres „e".

VII. Układ trawienny. Dział ten obejmuje zarówno sprawy chorobowe jak i odchylenia od normy innej natury (wrodzone). Dla zobrazowania naszych spostrzeżeń odrazu podajemy schematyczne ujęcie w postaci zestawienia.

VII. Zestawienie zmian w zakresie układu trawiennego*).

	Samobójstwa							Wypadki								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Schorzenia żołądka	1	3	4	6	5	8	6	—	7	10	10	10	5	9	4%	8%
Kamica żółciowa	1	3	4	10	1,5	12	16	—	1	2	3	2	10	17	5%	3%
Schorzenia wątroby	—	—	6	14	12	20	38	—	2	10	20	12	15	13	6%	8%
Zrosty	5	5	11	15	—	20	22	—	6	9	10	2	15	—	8%	6%
Pasorzyty	—	—	(3)	—	—	—	—	—	(5)	(2)	—	—	—	—	(3)	(7)
Nowotwory	—	—	(2)	—	(1)	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	(3)	(1)
Wrzód	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—
Przepuklina	—	(2)	—	(3)	—	—	—	—	—	—	—	—	(2)	—	(5)	(2)
Gruźlica jelit	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	(1)	(1)	(1)
Uchyłek Maeckela	—	(2)	(1)	—	—	—	—	—	(3)	—	(1)	—	—	—	(3)	(4)
Zwapn. grucz. krezk.	—	(5)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(5)	—
Zapal. wyrostka robaczk.	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—
Marskość trzustki	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	(1)
														Ogółem	(22)	(16)

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne.

Pod nazwą schorzeń żołądka rozumieliśmy przewlekłe, rzadziej ostre nieżyty, wygojone owrzodzenia, a oprócz tego przerost gruczołów (gastritis hyperplastica glandularis). Kamica żółciowa polegała przeważnie na obecności kamieni w pęcherzyku, rzadziej była połączona ze zbliznowaceniem ściany pęcherzyka (śluzówki) wyjątkowo stwierdzaliśmy ostre stany zapalne. Schorzenia wątroby: zmiany tłuszczowe, powiększenie i marskość przeważnie przerostowa. Zrosty nietylko w pobliżu żołądka dwunastnicy i wątroby, lecz także i pomiędzy pozostałemi narządami jamy brzusznej. Cierpienia żołądka i schorzenia wątroby procentowo, choć w niewielkim stosunku, przeważają po stronie zgonów wypadkowych, natomiast kamica żółciowa i zrosty wśród narządów jamy brzusznej wykazują przewagę po stronie samobójców. Pozostałe zmiany w zakresie układu trawiennego z powodu zbyt małej ich ilości nie dały się określić procentowo dla każdej odmiany, lecz sumy tych zmian wykazują niewątpliwą przewagę po stronie samobójców (22 : 16). — Jeżeli wziąć pod uwagę np. nowotwory, wrzód żołądka i przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, to niepodobna osobników dotkniętych temi cierpieniami traktować pod względem równowagi duchowej narówni z ludźmi zupełnie zdrowymi, i jeżeliby kto chciał w tej okoliczności doszukiwać się czynnika, wyzwalają-

cego myśl lub też działanie samobójcze, wydać się to może zrozumiałem wobec zmienionego podłoża reakcji duchowej. Cierpienia fizyczne i duchowe na tle przewlekłych schorzeń żołądka, kamicy pęcherzyka żółciowego czy obecności zrostów w jamie brzusznej trwają z natury rzeczy czas dłuższy, a dolegliwości te pozbawiają człowieka poczucia zdrowia i niszczą niekiedy pogodny nastrój psychiczny. Nie wynika stąd bynajmniej, że tego rodzaju chorzy z natury swej są kandydatami na samobójców, lecz musimy uznać w tem czynnik myśli tej sprzyjający. Zapewne częściowo i w związku ze schorzeniem żołądka i pęcherzyka żółciowego pozostaje nieraz i wielkość wątroby, o której wiemy, że jest narządem, który unieszkodliwia wrogie dla zdrowia ludzkiego produkty nieprawidłowej przemiany materji, wynikającej między innemi ze stanu chorobowego żołądka, pęcherzyka żółciowego lub wreszcie jelit. Godnem zaznaczenia, a jednocześnie zgodnem z poprzednio nadmienioną przewagą zmian chorobowych narządów trawiennych po stronie samobójców jest i to, że waga wątroby (średnia dla wszystkich grup wieku) wynosi dla samobójców mężczyzn 1449 gr. dla kobiet 1285 gr., a dla zmarłych wskutek wypadku M. — 1411 gr. i dla kobiet 1283 gr. (Tabl. 8).

Tablica 8.

Waga średnia wątroby.

Grupy wieku	Samobójstwa	Wypadki
I 19	M — 1369 gr K — 1289 gr	M — 1329 gr K — 1236 gr
II 20—29	M — 1477 gr K — 1307 gr	M — 1465 gr K — 1256 gr
III 30—39	M — 1561 gr K — 1301 gr	M — 1532 gr K — 1405 gr
IV 40—49	M — 1545 gr K — 1366 gr	M — 1563 gr K — 1398 gr
V 50—59	M — 1468 gr K — 1373 gr	M — 1457 gr K — 1336 gr
VI 60—69	M — 1408 gr K — 1341 gr	M — 1435 gr K — 1180 gr
VII 70	M — 1312 gr K — 1019 gr	M — 1097 gr K 1171 gr
Średnia ogólna	M — 1449 gr K — 1285 gr	M — 1411 gr K — 1283 gr

Znaczenie wyżej wymienionych spraw chorobowych w narządach jamy brzusznej jako czynnika mogącego wyzwolić zamach samobójczy zostało wysunięte już przez Broscha, który je określił mianem „lustraubend" czyli pozbawiający radości życia. Dziwną natomiast wydaje się interpretacja tego autora co do znaczenia okresu trawienia. Zdaniem

jego okres ten sprzyja zamachowi samobójczemu wskutek zwolnienia czynników hamujących kory mózgowej. Znamy jednak dobrze przypadki, że ludzie z gotowem postanowieniem pozbawienia się życia udają się do restauracji, spożywają obfity i wykwintny posiłek, a następnie kończą samobójstwem: dochodzenie często wykazuje brak gotówki na pokrycie należności. Zgodnie więc z Pfeifferem i Egglhuberem czynnikowi trawienia nie przypisujemy wartości przyczynowej swoistej dla samobójstwa.

VIII. Układ moczopłciowy. Zmiany w zakresie tego narządu uwidacznia niżej załączone zestawienie porównawcze.

VIII. Zestawienie zmian w zakresie układu moczopłciowego*).

	Samobójstwa							Wypadki								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Okres miesiączkowy	45	45	35	5	—	—	—	27	14	6,5	—	—	—	—	40%	14%
Ciąża	4	8	5	—	—	—	—	—	8	10	(1)	—	—	—	6%	7%
Torbielowatość jajników	23	27	25	9	—	—	—	38	40	6,5	4	—	—	—	20%	30%
Schorzenia narz. płc. żeń.	4	15	27	8	—	—	11	—	26	30	4	—	—	10	16%	13%
Płatowatość nerek	6	5	12	5	—	—	—	4	4	50	4	—	—	—	6%	4%
Schorzenia nerek	—	2,5	3	7	15	38	44	—	2,5	10	8	25	28	39	6%	10%
Schorzenia narz. płc. m.	—	(1)	(10)	—	(2)	—	(1)	—	(1)	(20)	—	—	—	—	(14)	(21)
Blizna na żołędzi	—	(1)	—	(2)	—	—	—	—	(5)	(1)	—	—	—	—	(3)	(6)
Niedorozwój narz. płc.	—	(2)	(4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(6)	—
Wodniak jądra	—	—	—	(1)	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	(1)	(2)	(1)
Wrzód miękki	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)
Spodziectwo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	–	(1)
								Ogółem w liczbach abs.							(26)	(29)

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne.

Okres miesiączkowy rozpoznawaliśmy wtedy, gdy oprócz świeżego ciałka żółtego znajdowaliśmy w jamie macicy, rozpulchnienie śluzówki i krew, bądź też, co jest częstsze, śluz z domieszką krwi. Regularność, jak widać z załączonego zestawienia spotykaliśmy niemal trzykrotnie częściej u samobójczyń niż u kobiet zmarłych wskutek wypadku. Torbielowate zwyrodnienie jajników (przeważnie chodziło o drobne torbielki, pozostałe po zanikłych pęcherzykach Graafa) częściej u zmarłych wskutek wypadku (30%) niż u samobójczyń (20%), ciążę u wypadkowych w 7% u samobójczyń w 6%, schorzenia narządów płciowych wewnętrznych (przewlekłe stany zapalne macicy i przydatków bądź też pozostałości po nich w postaci torbieli jajowodowych czy też zrostów) w 16% u samobójczyń i w 13% u wypadkowych, płatowatość nerek (w różnym stopniu) w 6 % u samobójców i 4% u wypadkowych, schorzenia nerek (przeważnie przewlekłego charakteru) u samobójców w 6%, w drugiej kategorji zgonów gwałtownych w 10%, schorzenia

narządów płciowych męskich (przewlekłe bądź wyjątkowo tylko w ostrym okresie) w cyfrach absolutnych po stronie samobójców osiągają liczbę 26, po stronie wypadkowych — 29.

Zpośród przytoczonych zmian chorobowych jedynie tylko okres menstruacji zwraca na siebie szczególniejszą uwagę (patrz wykres „f"). I nic dziwnego, albowiem już oddawien dawna dopatrywano się pomiędzy regularnością u kobiety a zamachem samobójczym ściślejszego związku, jeśli nie przyczynowego to w każdym razie wyzwalającego. Haller stwierdzał stan menstruacji w 36%, Pfeiffer w 25%, Siengalewicz w 20%, Schackwitz prawie w 50%. Grzywo - Dąbrowski na materjale porównawczym (153 samobójczynie i 87 kobiet zmarłych śmiercią gwałtowną) znalazł okres regularności w 32% u samobójczyń i w 17% u wypadkowych. Nasze cyfry średnio biorąc niewiele odbiegają od przytoczonych (40% : 14%). W zjawisku tem niema nic dziwnego, bowiem jeśli samobójcę wogóle, za nielicznemi wyjątkami, będziemy traktowali jako osobnika o wzmożonej pobudliwości i niewspółmiernej do bodźca gwałtownej reakcji, to właśnie u kobiety podczas miesiączki z takiem zmienionem podłożem na bodźce zewnętrzne mamy do czynienia. W tym czasie kobieta często wykazuje stan naruszonej równowagi duchowej, temu stanowi zwykle towarzyszy silniejsza pobudliwość, większa drażliwość, zmieniająca nierzadko psychikę kobiety w sposób wybitny, stąd czynniki zewnętrzne, które poza okresem regularności wywołują normalną reakcję, w tym czasie mogą spowodować efekt o wiele silniejszy: regularność u samobójczyń należy uważać za czynnik zmieniający w wysokim stopniu normalne oddziaływanie i mogący być przyczyną nieoczekiwanego odruchu, który zdolny jest wyrazić się w postaci zamachu samobójczego.



Wykres „f".

Zresztą regularność jest jednym z podstawowych przejawów życia płciowego, a wiemy, że bardzo wiele zamachów samobójczych wynika na tle spraw erotycznych i związanych z niemi konfliktów różnej natury. Szczególnie ważny jest ten moment w okresie młodości, lecz jeśli weźmiemy pod uwagę samobójstwa u kobiet w okresie przekwitania czy też wprost już w późnej starości, to znika ten czynnik jako przyczyna, a więc sięgać musimy do innych zespołów przyczynowych, czyli że okres menstruacyjny jako taki stanowi moment okolicznościowy, a nie zasadniczy.

Ciążę u samobójczyń stwierdzał Heller w 10%, Pfeiffer w 23,5%, Grzywo - Dąbrowski w 8%, a u zmarłych inną śmiercią gwałtowną w 2%. My dla samobójczyń otrzymaliśmy 6%, dla drugiej kategorji 7%.

Stosunek ciąży do zamachu samobójczego można oceniać z dwuch punktów widzenia: gdy jest nieślubna, co zwykle wiąże się z głębokiem poczuciem wstydu i upokorzenia wobec niemożności zalegalizowania jej przez zawarcie związku małżeńskiego, zwłaszcza że stan duchowy kobiety ciężarnej jest zmieniony, a reakcja na trudności życiowe i przykrości w związku z nieślubną ciążą są niewątpliwie silniejsze; powtóre to co nazywamy samobójstwem kobiety ciężarnej często niem nie jest, lecz jedynie wynikiem nieoczekiwanym np. środka trującego, jeśli w grę wchodzi zatrucie, zażytego tylko w celu pozbycia się płodu. Która z tych możliwości jest bardziej prawdopodobna zależy od tego, czy samobójczyni była kobietą stanu wolnego czy też mężatką, pozatem niekiedy od warunków materjalnych. Nasze cyfry dowodzą, że czynnik ciążowy dla wyjaśnienia zamachu samobójczego większego znaczenia praktycznego nie posiada.

Schorzenia narządów płciowych zarówno męskich jak i żeńskich nie wykazują jakiejś zdecydowanej przewagi po jednej czy też drugiej stronie zgonów gwałtownych. Nie można zatem przypisywać im również specjalnego znaczenia, chyba że w pojedyńczych przypadkach, np. wyolbrzymiona groza zakażenia kiłowego lub też bardzo dokuczliwe i nie poddające się leczeniu komplikacje porzeżączkowe.

Jeśli chodzi o pozostałości okresu rozwojowego (płatowatość nerek), to zdaje się, że czynnik ten pozbawiony jest wszelkiego znaczenia.

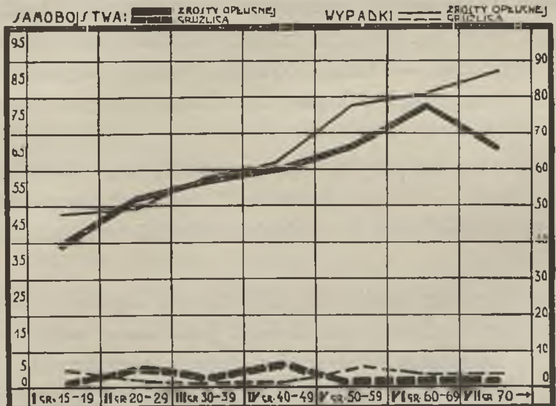
IX U k ł a d o d d e c h o w y. Częstość i rozmaitość zmian chorobowych w tym narządzie przedstawia poniżej załączone zestawienie.

IX. Zestawienie zmian w zakresie układu oddechowego*).

	Samobójstwa							Wypadki								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Zrosty opłucnowe	40	50	56	60	67	78	66	48	50	57	61	77	80	87	55%	59%
Nieżyt dróg oddech.	6	8	11	17	10	34	28	3	9	17	19	33	52	57	11%	19%
Rozedma płuc	—	1	1	13	41	44	66	—	—	3	10	34	52	80	9%	12%
Gruźlica zaleczona	1	5	6	6	2	—	10	3	3	4	2	4	1	2	4%	3%
„ rozpadowa	—	—	(3)	(2)	—	(1)	—	—	—	—	(1)	—	—	—	(6)	(1)
Płatowe zapal płuc	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—
															(7)	(1)

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne

Zarówno zrosty opłucnowe, będące wyrazem wygojonych stanów zapalnych jak i nieżyty dróg oddechowych (przeważnie oskrzeli, rzadziej tchawicy) w większości przypadków o przewlekłym charakterze, podobnie jak związane z niemi stany rozedmowe są w obu kategorjach zgonów zjawiskiem częstem przyczem przewaga leży po stronie wypadkowych (patrz wykres „g"). Gruźlica o przebiegu łagodnym spotyka się niemal jednakowo często w obu grupach. Dość nieoczekiwany stosunek wykazuje gruźlica rozpadowa (6:1), zwłaszcza gdy pomyślimy o niezwykle silnem przywiązaniu do życia ze strony gruźlików. Wynikałoby stąd, że wpływ deprymujący i ostateczne zwątpienie w możliwość wyleczenia są silniejsze niż sama chęć do życia, o której mówią niektórzy autorzy. Śmierć samobójcza w przypadku włóknikowego zapalenia płuc, przebiegającego czasami z większem lub mniejszem zamroczeniem świadomości, jest zjawiskiem, którego genezę nietrudno wyjaśnić.



Wykres „g".

Bartel na 122 przypadków samobójstw w 21% stwierdził cechy przebytej gruźlicy, nie spotkał natomiast ani razu gruźlicy przewleklej i stąd skłonny jest przypuszczać (podobnie jak i Wachholz), że chęć utrzymania się przy życiu jest silniejsza niż myśl o samobójstwie. Gdy chodzi o gruźlicę przewlekłą, stosunkowo dobrotliwą, być może autorzy ci mają słuszność, lecz jeśli weźmiemy pod uwagę formę rozpadową, gdzie przy wysokiej nierzadko ciepłocie zdolność sądzenia może ulec upośledzeniu, a pełna świadomość beznadziejnego stanu pozostanie zachowana, to zgodzimy się, że warunki do zamachu samobójczego istnieją.

X. U k ł a d k o s t n y. Spostrzegaliśmy szereg odchyleń od prawidłowej budowy i rozwoju szkieletu. Zmiany te zebrane są na załączonej tablicy.

X. Zestawienie zmian w zakresie układu kostnego.

	Samobójstwa							Wypadki							Liczb. całkowite	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII	S.	W.
Krzywica	1	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	3	2
Skrzywienie kręgosł.	1	5	2	2	—	1	—	—	3	1	1	—	1	1	11	7
Zaburz. rozw. kośćca	3	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—
Kalectwa kończyn	1	—	1	5	2	3	—	—	—	4	2	—	—	—	12	6
Wyrośla kostne czaszki (endostoses)					—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1

Zestawienie z powodu małej ilości przypadków podano w liczbach absolutnych.

Najczęstszem zaburzeniem rozwojowem były kostki dodatkowe w obrębie szwów czaszkowych, czasem rozdwojenie części chrzęstnych żeber. W rubryce ,,kalectwa kończyn" mieliśmy bądź unieruchomienie dużych stawów (przeważnie urazowego pochodzenia), bądź skrócenia po złamaniach, bądź też wybitnie zniekształcenie stóp (stopa szpotawa lub końsko - szpotawa — varus, equino - varus). Wyrośla kostne od strony blaszki wewnętrznej pokrywy czaszkowej spotykaliśmy zgoła pojedyńczo.

Choć cyfrowo zmiany te przedstawiają się dość niepozornie, przecież, jeśli chodzi o t. zw. ,,kalectwa", to tworzą one obrazy rzucające się w oczy i wywołujące u ludzi niemi dotkniętych uczucie głębokiego upośledzenia.

I w tem zjawisku można się dopatrywać czynnika, wchodzącego w zespół struktury duchowej samobójcy. Jeśli nawet odrzucimy zmiany niewidoczne, to pozostałe w wysokim stopniu ograniczają i upośledzają samopoczucie człowieka, zwłaszcza w stosunku do ludzi niedotkniętych żadną z tych ułomności. Kalectwo naraża człowieka na liczne przy-

krości życiowe nietylko w życiu towarzyskiem lecz przedewszystkiem w zdobywaniu środków materjalnych np. przy ubieganiu się o posadę, a dotyczyć to może nawet jednostek bardzo uzdolnionych. W związku z tem w bardzo krótkim czasie rozwinąć się może zniechęcenie, rozgoryczenie do życia, a stąd już niekiedy jeden tylko krok do samobójstwa: oczywiście nie jest to regułą, lecz tylko stwierdzeniem, że tego rodzaju upośledzenia cielesne mogą dać powód do zamachu samobójczego. Wogóle należy podnieść, że rzucające się w oczy zaburzenia rozwojowe bądź też poważne braki w budowie ciała, określane potocznie mianem kalectwa, i ciągłe z tego powodu trudności oraz przykrości życiowe stanowią czynnik niepośledni w zespole przyczyn usposabiających do pozbawienia się życia. Nasze zestawienie potwierdza w tej mierze wnioski innych badaczy.

XI. R ó ż n e. W tej rubryce pomieściliśmy wszystkie inne zmiany, nieobjęte przez poprzednie działy. Częstość i rodzaj ich występowania przedstawia załączone zestawienie.

XI. Zestawienie zmian różnych, nie objętych przez poprzednie*).

	Samobójstwa							Wypadki							S.	W.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	VI	VII		
Alkoholizm	—	6	9	10	—	—	1	—	10	11	12	—	(1)	—	4%	7%
Tatuaże	—	4	5	1	1	—	—	—	10	12	5	—	—	—	2%	6%
Hypertrichosis	—	(1)	(4)	(3)	—	(1)	(1)	—	(1)	(1)	(2)	—	(1)	—	(10)	(5)
Brak owł. ok. cz. płc.	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—
Tyfus brzuszny	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—
Łuszczyca skóry	—	(1)	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(2)	—
Czyraczność skóry	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	(1)
Tłuszczak skóry	—	—	—	—	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	(1)	—

*) Cyfry w nawiasach oznaczają liczby absolutne.

Rozpoznanie alkoholizmu opieraliśmy na podstawie danych sekcyjnych (łojowaty tłuszcz, stłuszczenie wątroby, zmleczenie opon miękkich), oraz na mocy wywiadów, zawartych w dochodzeniu. Jak się okazuje częstość tych zmian jest większa u zmarłych wskutek wypadku niż u samobójców. Jest to zjawisko zupełnie zrozumiałe: alkoholicy częściej występują zaczepnie i dlatego łatwiej mogą stracić życie (w bójkach), łatwiej również ulec mogą śmiertelnym wypadkom np. przejechaniu. Ponieważ w narządach alkoholików często stwierdzaliśmy w czasie sekcji alkohol (drogą badania chemicznego, bądź przy pomocy powonienia), powyższe wyjaśnienie posiada cechy jeśli nie zupełnie realne, to w każdym bądź razie bliskie prawdy. Alkoholizm, a zwłaszcza stan pod-

chmielenia, czy też upojenia alkoholem, jako powodujący zaburzenia krytycyzmu oraz wzmożenie odwagi u ludzi nawet skądinąd tchórzliwych, pobudza ich do czynu, którego na trzeźwo nie podjęliby np. do samobójstwa; zresztą znane są przypadki, kiedy w stanie upicia się przez pomyłkę zażywano truciznę np. esencję octową (przedmiot kuchennego użytku) lub też ług czy kwas, a otoczenie nieraz taki wypadek może interpretować jako samobójstwo. W ten sposób mylne przypuszczenie przyczynia się do powiększenia rubryki samobójców, gdy w rzeczywistości ma miejsce pomyłka.

Znaczenie alkoholizmu dla samobójstwa jest rozmaicie oceniane. Mosdzien (192 przypadki w tem kobiet 33) w 35 przypadkach znalazł cechy alkoholizmu i uznał go za motyw samobójczy. Grzywo - Dąbrowski w pracy swej p. t. ,,Alkoholizm a samobójstwo", opartej na badaniu 1006 przypadków samobójczych na podstawie akt, wyraża przekonanie, że wpływ alkoholu na zamach samobójczy może być pośredni i bezpośredni. Zdaniem jego alkohol u niektórych ludzi może wywołać osłabienie krytycyzmu, nastrój pesymizmu i depresji, co jest wstanie daną osobę pchnąć na drogę samobójstwa. Autor oblicza, że ok. 10% samobójstw zostało dokonanych pod wpływem alkoholu, przyczem zjawisko to występuje czterokrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Nasze badania wykazują cyfrę znacznie niższą, co tłumaczy się tem, że my rozporządzaliśmy wyłącznie materjałem sekcyjnym, podczas gdy Grzywo - Dąbrowski i inni opierają swe wnioski na podstawie przypadków mieszanych (zakończonych śmiercią i utrzymanych przy życiu).

Tatuaże stwierdzaliśmy trzy razy częściej u zmarłych śmiercią wypadkową, niż u samobójców. Godnem uwagi jest to, że tatuowani mieszczą się w II, III i IV grupach wieku, wyjątkowo, a raczej wcale w I, V, VI i VII, z czego należałoby wnosić, że nie spotyka się ich poniżej lat 20 i powyżej 40.

Przewaga nadmiernego owłosienia u samobójców (10 : 5) związana z sekrecją gruczołów dokrewnych jest wyraźna lecz ponieważ dotyczy zbyt małej ilości przypadków, nie można temu zjawisku przypisywać jakiegoś większego znaczenia.

Przy sposobności trzeba zaznaczyć, że zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, pomijając szeroko przez wszystkich uwzględnioną rolę grasicy, nie znalazły dotychczas w odniesieniu do samobójstwa dokładniejszego opracowania, a przecież wydzielina dokrewna gruczołów, jak tego dowodzą publikacje i spostrzeżenia lat ostatnich, odgrywa pierwszorzędną rolę w życiu człowieka i wywiera olbrzymi wpływ zarówno na jego życie cielesne jak i duchowe. W naszej pracy zwróciliśmy uwagę na stan tych gruczołów, jednakże nie mogliśmy osiąg-

nąć żadnych pozytywnych rezultatów, ponieważ gruczoły te nie zostały poddane ściślejszym badaniom (nie określano ich wielkości ani też badano drobnowidzowo). Siengalewicz mówi: ,,wpływ zmian anatomicznych na stan psychiczny a w dalszym ciągu i na genezę samobójstwa daje się najłatwiej wytłumaczyć zaburzeniami w wewnętrznem wydzielaniu" — być może ma rację, narazie nie zostało to jednak opracowane i udowodnione.

XII. Przypadki, w których nie znaleziono żadnych zmian chorobowych ani też wrodzonych wad ustrojowych przedstawia poniżej załączone zestawienie:

	Samobójstwa		Wypadki	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
I.	3	10	2	13
II.	16	37	4	51
III.	6	6	6	28
IV.	1	4	—	5
V.	1	1	1	—
VI.	—	—	1	—
VII.	—	—	—	—
	27 (6%)	58 (10%)	14 (7%)	97 (10%)

Zestawienie to wykazuje, że przypadki sekcyjne, wolne od zmian chorobowych w narządach przedstawiają się w stosunku procentowym niemal zupełnie jednakowo dla samobójców jak też i zmarłych śmiercią gwałtowną z innej przyczyny. Heller liczbę tego rodzaju wyników ujemnych pod względem anatomo - patologicznym określa na 8%, Brosch na 11,9%, Egglhuber na ok. 10%, a Pfeiffer podaje ją dla mężczyzn w wysokości 12,5%, dla kobiet 8,5%. — Tutaj podnieść trzeba, że cyfry te odpowiadają przeciętnie tej liczbie przypadków sekcjonowanych, w których przyczyny anatomo - patologicznej śmierci ustalić wogóle nie możemy.

Na zakończenie podajemy tablicę rodzajów zamachów samobójczych, przyczem grupę VI i VII, t. j. powyżej lat 60 z powodu małej liczby przypadków połączyliśmy w jedną.

Rodzaje samobójstw.

Rodzaj	I M	I K	II M	II K	III M	III K	IV M	IV K	V M	V K	VI M	VI K	M	K	Razem
1. Powieszenie	9	1	28	3	34	—	29	5	18	3	20	1	138	13	151
2. Utonięcie	1	4	5	3	1	2	4	5	2	1	2	—	15	11	26
3. Skok z wysokości	2	6	17	32	11	16	6	10	5	5	2	4	43	73	116
4. Przejechanie	1	1	—	2	4	4	3	—	—	—	2	—	10	7	17
5. Podpalenie się	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	2	1	3
6. Poderż. gardła	—	—	—	—	4	—	1	—	3	—	1	1			
7. Rany cięte kł. kl. p.	—	—	—	1	4	—	1	—	—	—	—	—			
8. „ „ „ brzuch		—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	28	3	31
9. „ „ „ karku	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—			
10. Przec. żył w prz, łokc.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—			
11 Postrzały pr. skroń	3	1	38	5	13	3	9	1	2	—	2	—			
12, lew. „	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—			
13. usta	2	—	8	2	4	1	2	—	2	—	1	—			
14. kl. piers.	3	—	7	5	5	6	2	—	2	—	—	—	113	25	138
15. brzuch	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—			
16. udo	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—			
17. z karab. w szyję	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—			
18. Kwas octowy	3	30	16	93	17	26	5	5	7	5	3	5	51	164	215
19. Ług	—	3	6	15	1	5	3	4	3	2	2	1	15	30	45
20. Sublimat	—	4	2	19	1	8	1	2	—	2	—	—	4	35	39
21. Karbol	—	1	5	1	2	1	—	—	1	—	3	1	11	4	15
22. Kwas solny	—	1	6	6	—	4	6	1	1	—	5	—	18	12	30
23. Gaz świetlny	—	8	4	12	1	6	3	1	2	—	1	—	11	27	38
24. Cjanki	2	3	2	2	1	3	3	—	2	—	—	—	10	8	18
25. Kwas siarkowy	—	—	4	7	—	3	—	1	—	—	—	—	4	11	15
26. Amoniak	1	—	1	3	—	1	—	3	2	1	3	—	7	8	15
27. Arszenik	—	—	—	1	—	3	1	—	1	—	—	—	2	4	6
28. Morfina	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	1	3
29. Kokaina	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
30. Jodyna	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	3
31. Strychnina	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	3
32. Olej krotonowy	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
33. Veronal	1	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	2	2	4
34. Chloroform	—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
35. Kwas azotowy	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2
36. Formalina	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
37. Sole miedziowe	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
38. Eter	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
39. Opium	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
40. Nieustalone	1	2	6	8	4	2	2	3	1	1	—	2	14	18	32
41. Truc. żr. przejech.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
42. Kwas octowy — jodyna	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	2
43. „ solny — CO	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
44. „ oct. — kw. solny	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2
45. Skok — jodyna	—	—	—	1	—	—	-	—	—	—	—	—		1	1
46. „ — kw-octowy	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	2	1	3
47. „ — przec. żył łok.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
48. „ połkn. szkła	—		—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
49. „ brózda wisiel.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
50. „ ług	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
51. „ poderż. gardła	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
52. Kw. octowy i sublimat	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
53. „ poderż. szyi	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
54. „ podpalenie się	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
55. „ powieszenie się	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
56. „ ług	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
57. KCN i amoniak	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
58. Kwas — utonięcie	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
59. Rany kł. cięt. podpal.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
60. HCl rana cięta szyi	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
61. Jodyna — truc. żrąca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
62. KCN — postrz. głowy	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
63. Rany kł. szyi oparcie noża o mur	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
64. Skok z taksówki	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
65. Podw. postrzał	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3

Po możliwie wyczerpujących wyjaśnieniach, stosownie do rozmiarów i charakteru niniejszej pracy, znaczenia zmian chorobowych i ich ocenie porównawczej w stosunku do zmarłych śmiercią gwałtowną wypadkową, sprobójmy dokonać generalnego przeglądu tych zmian.

Tak więc, co się tyczy długości ciała, to nie zachodzi prawie żadna różnica, budowa silna raczej jest charakterystyczna dla zmarłych wskutek wypadków, natomiast dobry stopień odżywiania częściej spotykamy u samobójców.

Zmiany chorobowe w zakresie układu nerwowego naogół są częstsze u wypadkowych, stan wycisków palczastych nie wykazuje większej różnicy. Waga mózgu większej różnicy nie wykazuje. Zmiany w zakresie układu krążenia (serce i naczynia krwionośne) co do miażdżycy liczniejsze są u wypadkowych, pozostałe wyraźnej przewagi nie wykazują. Podobnie rzecz się ma z wymiarami serca i szerokością aorty. Niedorozwój serca i naczyń krwionośnych a wogóle niedorozwój ogólny są zjawiskami nader rzadkiemi. Aparat chłonny co do stopnia jego rozwoju również nie przeważa szali ani w jedną ani w drugą stronę. Z pośród gruczołów (zachowanie grasicy) wyraźną przewagę stwierdzamy po stronie samobójców. Zaburzenia chorobowe układu trawiennego w różnych postaciach nie tworzą nic charakterystycznego dla samobójców. Zjawiskiem znowu uderzającem jest przewaga procentowa częstości okresu menstruacyjnego u samobójczyń, inne zmiany w zakresie układu moczopłciowego nie występują stale jednolicie czy to po jednej stronie zgonów czy też po drugiej. Zmiany chorobowe w narządzie oddechowym, z wyjątkiem gruźlicy rozpadowej, procentowo częściej zdarzają się u wypadkowych. Zaburzenia, w układzie kostnym, naogół rzadkie, liczniejsze u samobójców. Alkoholizm nie jest cechą znamienną samobójców, na naszym materjale częściej widywaliśmy go u zmarłych wskutek wypadków. Nadmierne owłosienie — częściej u samobójców, lecz na 2 tysiące zgórą przypadków stwierdziliśmy je u samobójców tylko 10 razy a u wypadkowych 5.

Wreszcie żadnych zmian chorobowych nie wykryliśmy zarówno u samobójców jak u wypadkowych w jednakowych odsetkach.

Rozważania, oparte na przytoczonym materjale porównawczym, upoważniają, zdaniem naszem, do wyprowadzenia następujących wniosków:

1) Przedewszystkiem stwierdzić należy, że nie znaleźliśmy takich zmian chorobowych, które byłyby znamienne dla samobójców i predestynowały jednostkę do pozbawienia się życia. Między innymi t. zw. stan grasiczo - chłonny jest cechą młodego i zdrowego organizmu, cechą, której powyżej lat 40 z reguły się nie spotyka. Stan ten nie odgrywa żadnej roli w przypadkach samobójstwa.

2) Stany fizjologiczne jak miesiączka, okres trawienia i t. p. nic charakterystycznego w odniesieniu do samobójstwa nie przedstawiają. Mogą może niekiedy wskutek indywidualnej reakcji i indywidualnych warunków być czynnikiem sprzyjającym, jednak nie mogą być uważane za swoiste dla samobójców.

3) Stwierdzenie w niektórych przypadkach przewagi zmian chorobowych lub też ich zespołów u samobójców w porównaniu ze zmianami, znajdywanemi u zmarłych inną śmiercią gwałtowną, nie odmawiając im znaczenia czynnika usposabiającego czy też nawet wyzwalającego zamach samobójczy, nie upoważnia do traktowania tych zmian jako specyficznych cech samobójstwa.

4) Wyprowadzenie wniosków o stanie władz psychicznych jednostki w chwili popełnienia zamachu samobójczego, na podstawie litylko zmian anatomo - patologicznych, nie wydaje się nam uzasadnione. Samobójstwa bywają popełniane również i przez ludzi zupełnie zdrowych, tak pod względem cielesnym jak i umysłowym.

S t r e s z c z e n i e.

Celem pracy niniejszej było wykazanie, czy istnieją jakieś zmiany chorobowe, nabyte lub też wrodzone, któreby mogły być uważane jako znamienne dla samobójców.

Wnioski poniżej podane są wynikiem badań porównawczych, które były przeprowadzone na podstawie protokułów sekcji zwłok 1003 samobójców (w tem 520 mężczyzn i 483 kobiet) i 1004 osób. zmarłych, śmiercią gwałtowną (wypadki, zabójstwa 807 mężczyzn i 197 kobiet). Cały ten materjał podzielono na grupy wieku, według dziesięcioleci, przyjmując jako pierwsze do lat 19, a siódme i ostatnie powyżej lat 70.

Przy badaniach porównawczych uwzględniano: 1) długość ciała, 2) budowę, 3) odżywianie, 4) zmiany w zakresie układu nerwowego centralnego, 5) — serca i naczyń krwionośnych, 6) układu gruczołowego i chłonnego, 7) układu trawiennego, 8) moczopłciowego, 9) oddechowego, 10) kostnego i t. d. Zmiany chorobowe ujmowano cyfrowo i przeważnie określano je w odsetkach.

Przegląd tych zmian wykazuje: zmiany chorobowe w zakresie układu nerwowego naogół są częstsze u wypadkowych, stan wycisków palczastych nie wykazuje większej różnicy. Waga mózgu wybitniejszych odchyleń nie przedstawia. Zmiany w zakresie układu krążenia (serce i naczynia krwionośne) co do miażdżycy częstsze u zmarłych śmiercią wypadkową i zbrodniczą, pozostałe nie przeważają szali ani w jednym ani w drugim kierunku. Podobnie rzecz się ma z wymiarami serca i sze-

rokością aorty. Rozwój układu chłonnego widocznej przewagi nie wykazuje. Grasicę częściej widywaliśmy u samobójców. Zaburzenia chorobowe układu trawiennego w różnych postaciach nie tworzą nic charakterystycznego dla samobójców. Zjawiskiem znowu uderzającem jest znacznie częstsze występowanie okresu miesiączkowego u samobójczyń. Inne zmiany w narządach układu moczopłciowego nie tworzą nic charakterystycznego. Zmiany chorobowe w narządzie oddechowym, z wyjątkiem gruźlicy rozpadowej, procentowo częściej zdarzają się u zmarłych śmiercią wypadkową. Cechy alkoholizmu częściej stwierdzaliśmy u zmarłych wskutek wypadków.

Wnioski ostateczne są następujące:

1) Przedewszystkiem stwierdzić należy, że nie znaleźliśmy takich zmian chorobowych, które byłyby znamienne dla samobójców. Między innemi, t. zw. stan grasiczo - chłonny jest cechą młodego i zdrowego organizmu, cechą, której powyżej lat 40 z reguły się nie spotyka. Stan ten nie odgrywa żadnej roli w przypadkach samobójstwa.

2) Stany fizjologiczne jak miesiączka, okres trawienia i t. p. nic charakterystycznego w odniesieniu do samobójstwa nie przedstawiają. Mogą może niekiedy wskutek indywidualnej reakcji i indywidualnych warunków być czynnikiem sprzyjającym, jednak nie mogą być uważane za swoiste dla samobójców.

3) Stwierdzenie w niektórych przypadkach przewagi zmian chorobowych lub też ich zespołów u samobójców w porównaniu ze zmianami znajdywanemi u zmarłych inną śmiercią gwałtowną, nie odmawiając im znaczenia czynnika usposabiającego czy też nawet wyzwalającego zamach samobójczy, nie upoważnia do traktowania tych zmian jako specyficznych cech samobójstwa.

4) Wyprowadzenie wniosków o stanie władz psychicznych jednostki w chwili popełnienia zamachu samobójczego, na podstawie litylko zmian anatomo - patologicznych, nie wydaje się nam uzasadnione. Samobójstwa bywają popełniane również i przez ludzi zupełnie zdrowych tak pod względem cielesnym jak i umysłowym.

PIŚMIENNICTWO:

1) Bartel—Ueber Obduktionsbefunde bei Selbstmordfallen. D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1922.—2) Brandstaetter u. Kisser—Ein Beitrag zur Frage des Selbstmordes. D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1924.—3) Brosch—Die Selbstmörder—Leipzig u. Wien (Deuticke) 1909. — 4) Egglhuber — Ueber Sektionen von Selbstmördern Inaug. Dissert. München 1910. — 5) Eickhoff — Ein Beitrag z. sog. st. thym. lymph. bei Selbstmördern D. Z. f. ger. M. 1926. — 6) Grzywo - Dąbrowski — Zarys medycyny sądowej 1924; tenże — Regularność a samobójstwo u kobiet — 1928; tenże — Alkoholizm a samobójstwo Warsz. Czas. Lek. 1930; tenże — Znaczenie t. zw. stanu grasiczo - limfatycznego (st. thymico - lymphaticus) dla medycyny

sądowej. Warsz. Cz. Lek. 1929. — 7) Heller — Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sekt. Münch. Med. Wochschrift. 1900. — 8) Hoffman — Haberda — Lehrbuch der ger. Medizin 11. Auflage 1927. — 9) Milovanovic — w-g Grzywo-Dąbrowskiego. — 10) Mosdzien — Beitrag zur Lösung des Selbstmordproblems D. Z. f. d. ges. ger. M. 1925. — 11) Ollendorff — Krankheit und Selbstmord Dissertation Greifswald 1905. — 12) Pfeiffer — Uber den Selbstmord — Jena 1912. 13) Placzek —Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung Leipzig 1915. — 14) Siengalewicz — Samobójstwo w świetle zmian anatomo - patolog. Tyg. Lek. 1913. — 15) Strassmann — Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 11 Auflage 1931. 16) Schackwitz — Selbstmordursachen — D. Z. f. d. ges. ger. Medizin 1927. — 17) Wachholz — Medycyna Sądowa wyd. 111. 1933. — 18) Zyskind — według Grzywo - Dąbrowskiego.

Dr. WŁ. FELC.

UEBER OBDUKTIONSBEFUNDE BEI SELBSTMÖRDERN. ZUSAMMENFASSUNG.

Als Voraussetzung vorliegender Arbeit lag die Frage, ob es in dem Körper des Selbstmörders spezifische, sei es angeborene oder erworbene, Veränderungen gibt. Die angeführten Schlüsse sind das Resultat der vergleichenden Untersuchungen, die auf Grund der 1003 Sektionen der Selbstmörder (darunter 520 Männer und 483 Frauen) und 1004 Leichen, die an einen anderen, aber auch gewaltigen Tod starben (darunter 807 Männer und 197 Frauen), gemacht sind. Das obige Material wurde des Alters nach in Dezennien eingeteilt, wobei die erste Gruppe bis 19, die letzte (siebente) über 70 angenommen wurde.

Bei den Untersuchungen wurden berücksichtigt: 1) Die Körperlänge, 2) Körperbau, 3) Ernährung, 4) Veränderungen auf dem Gebiete des Zentralnervensystems, 5) — des Herzens und der Blutgefässe, 6) — des Drüsens und Lymphatischen Apparates, 7) — der Verdauungsorgane, 8) — des Urogenitalapparates, 9) — der Atmungsorgane, 10) — der Knochen u. a. Alle diese Veränderungen wurden, wo es möglich war, prozentuell berechnet.

Die Uebersicht der anatomisch - pathologischen Veränderungen zeigt folgendes: Im Bereiche des Zentralnervensystems kommen die krankhaften Befunde häufiger vor bei denen, die an einen gewaltigen Tod anderer Art, als Selbstmord, starben. Die Fingerabdrücke des Schädelinnern zeigen nichts besonderes. Das Gewicht des Gehirns bietet nichts Bemerkenwertes dar. Was das Zirkulationsapparat anbetrifft, und insbesonder Arteriosklerose, sahen wir sie öfters bei denen, die gewaltigen

Todes starben, als bei den Selbstmördern. Die übrigen Befunde auf diesen Gebiete sind nicht überwiegend. Aehnliche Verhältnisse betreffen die Herz und Aortamasse. Die Entwickelung des lymphatischen Apparates weist kein sichtliches Uebergewicht auf. Die Thymusdrüse sahen wir viel häufiger bei den Selbstmördern als bei denen, die an einen Unfallstod starben. Die krankhaften Befunde in dem Verdauungsapparate in ihren verschiedenen Formen stellten nichts charakteristisches vor. Als auffallende Erscheinung trat die monatliche Blutung bei den Selbstmörderinnen viel öfters hervor, als bei den an Unfallstod gestorbenen. Andere Veränderungen, wenn es sich um das Urogenitalapparat handelt, stellten nichts besonderes dar. Die krankhaften Befunde an den Atmungsorganen, mit Ausnahme der zerfallenden Tuberkulose (tbc. consumptiva) treten bei den an einen Unfall gestorbenen öfters als bei den Selbstmördern vor. Die Zeichen des Alkolismus chronicus sahen wir häufiger bei denen die an einen Unfallstod starben.

Auf Grund der oben aufgezählten Beobachtungen kommen wir zu den folgenden Schlüssen:

1. Zunächst stellten wir keine solche anatomisch-pathologische Veränderungen fest, die als spezifisch für den Selbstmord gelten konnten. Unter anderen der sog. status thymico-lymphaticus bezeichnet nur das gesunde und junge Individuum, ein Zeichen, das man bei Leuten über 40 in der Regel nicht antrifft. Dieser Befund unseres Erachtens nad spielt keine bedeutende Rolle für den Selbstmord.

2. Die phisiologischen Zustände wie Monatsblutung, Verdauungszeit u. s. stellen bezüglich des Selbstmördes nichts charakteristiches vor. Obgleich sie zumal infolge der individuellen Verhältnisse und individuellen Reacktion als ein beibringender Factor hervortreten mögen, doch dürfen sie nicht als eigenartig für die Selbstmörder geachtet werden.

3. Die Feststellung in den gewissen Fällen des Uebergewichtes der krankhaften Befunde bei den Selbstmördern im Vergleiche mit denen, die an einen Unfallstod gestorben sind, obgleich man ihnen die Rolle eines beibringenden oder sogar eines auslösenden Momentes nicht absagen kann, reicht nicht aus sie als pathognomonisch für den Selbstmord zu achten.

4. Ueber die Zurechnungsfähigkeit des Individuums in dem Moment des Selbstmordversuches nur auf Grund der anatomisch-pathologischen Befunde Schlüsse zu ziehen scheint uns nicht überzeugend und von dem wissenschaftlichen Standpunkte aus nicht genügend begründet. Es gibt doch Selbstmordfälle, die von den so an Leib wie an Seele gesunden Menschen begangen werden.

W. GRZYWO - DĄBROWSKI.

SPRAWOZDANIE Z CZYNNOŚCI ZAKŁADU MEDYCYNY SĄDOWEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO ZA R. 1933.

W roku sprawozdawczym, podobnie jak i w poprzednich latach, czynności dokonywane w Z. M. S. można było podzielić na następujące działy:

a) Praca dydaktyczna: 1. Wykłady i zajęcia praktyczne dla studentów medycyny. 2. Wykłady dla studentów prawa. 3. Zajęcia praktyczne i wykłady na kursie dla lekarzy powiatowych. 4. Wykłady na kursie akuszerek i. pielęgniarek. 5. Wykłady dla funkcjonarjuszów policji i Urzędu Śledczego. 6. Wykłady z wybranych działów medycyny sądowej na kursie dla sędziów, asesorów i aplikantów sądowych.

b) Praca naukowa.

c) Porządkowanie, katalogowanie i dopełnienia muzeum i bibljoteki.

d) Czynności sądowo - lekarskie: wykonywanie na wezwanie sędziów śledczych i prokuratora Sądu Okręgowego oględzin zwłok, badań poszkodowanych i dowodów rzeczowych.

Personel Z. M. S. składa się z kierownika i 4-ch lekarzy asystentów, pozatem pracują dwie siły pomocnicze: laborantka i rysownik. Kancelarję Zakładu prowadzi sekretarka, przydzielona przez Pana Prezesa Sądu Okręgowego.

Biorąc pod uwagę wielką ilość rozmaitych prac, które z natury rzeczy muszą być wykonywane w Zakładzie, personel lekarski jest w dużym stopniu niewystarczający, a przedewszystkiem odczuwa się brak stanowiska prosektora.

W roku 1933 zostały pomalowane i odnowione sale sekcyjne, westybul, pokoje badań, klatka schodowa, poczekalnia i korytarze.

Rok 1933

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne zwłok: a) sądowo-lekarskie
(liczby podane w nawiasach oznaczają dane z r. 1932)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem 1932
1. Mężczyźni	12	11	9	4	12	11	17	16	10	8	10	11	131 (182)
2. Kobiety	9	11	8	8	7	14	10	11	5	15	10	4	112 (124)
3. Dzieci do lat 15	3	2	2	6	6	3	4	4	3	3	3	1	40 (47)
4. Noworodki donoszone	1	—	4	1	1	3	1	1	1	1	—	—	14 (27)
5. „ 9, 8 i 7 mies. ciąży	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	2 (4)
6. „ poniżej 7 mies.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1 (15)
7. Resztki ciała	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1 (1)
	25	24	23	19	27	31	33	34	19	27	23	16	301 (400)

b) sanitarno-policyjne.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem 1932
1. Mężczyźni	24	16	19	21	28	31	27	16	11	28	29	28	278 (176)
2. Kobiety	16	20	18	10	24	16	12	7	3	17	13	18	174 (124)
3. Dzieci do lat 15	5	4	11	2	7	5	9	9	5	2	5	—	64 (63)
4. Noworodki donoszone	5	4	9	3	4	5	1	2	3	2	4	7	49 (32)
5. „ 9, 8 i 7 mies. ciąży	1	6	10	4	6	3	—	7	2	4	1	2	46 (41)
6. „ poniżej 7 mies.	5	5	2	2	5	1	4	6	7	1	3	1	42 (45)
7. Resztki ciała	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2 (3)
	56	55	69	43	74	61	53	47	31	54	56	56	655 (484)
Ogółem	81	79	92	62	101	92	86	81	50	81	79	72	956 (884)

Oględziny zwłok według rodzaju wypadków.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Płody i nowor.	Kości	Razem
1. Zabójstwa	70	13	—	—	83 (114)
2. Samobójstwa	57	61	—	—	118 (65)
3. Wypadki	170	67	—	—	237 (223)
4. Śmierć z przycz natur.	178	108	—	—	286 (245)
5. „ w związku z porodem i poron.		75	--	—	75 (69)
6. Noworodki i płody	—	—	154	—	154 (166)
7. Kości	—	—	—	3	3 (2)
Razem	475	324	154	3	956 (884)

Zabójstwa.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Zastrzelenie	36	5	41
2. Zadanie ran kłutych	17	1	18
3. „ „ ciętych	1	1	2
4. „ „ rąbanych	2	1	3
5. „ „ tłuczonych	4	—	4
6. Pobicie	10	2	12
7. Otrucie	—	2	2
8. Zadławienie	—	1	1
Razem	70	13	83

Samobójstwa.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Przez postrzał:			
a) prawa skroń	8	—	8
b) kl. piersiowa	4	2	6
c) serce	2	1	3
d) szyja	1	—	1
e) pr. strona nosa	1	—	1
f) pr. małż. uszna	—	1	1
2. Zadanie ran ciętych i kłutych	4	1	5
3. Rzucenie się pod pociąg	4	1	5
4. Rzucenie się z wysokości	4	10	14
5. Powieszenie się	11	1	12
6. Utonięcie	1	—	1
7. Otrucia:			
a) kw. octowym	5	18	23
b) tlenk. węgla	1	7	8
c) śr. nasenne	1	3	4
d) ługiem	2	2	4
e) sublimatem	—	5	5
f) kw. solnym	1	1	2
g) amoniakiem	—	1	1
h) cjankiem potasu	1	2	3
i) kw. siarkowy	1	—	1
j) strychnina	1	—	1
k) nieznana truc.	—	5	5
8. Samob. złożone	4	—	4
Razem	57	61	118

Wypadki.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Przejechanie lub wypadek:			
a) kolejowy	38	10	48
b) tramwajowy	15	8	23
c) samochodowy	36	11	47
d) inne pojazdy	8	3	11
2. Utonięcie	7	6	13
3. Zatrucia: a) alkohol	4	—	4
b) tlenek węgla	4	9	13
c) inne	2	—	2
4. Oparzenie	8	7	15
5. Spalenie się	2	—	2
6. Upadek z wysokości	7	3	10
7. Wypadki przy pracy	17	—	17
8. Udadek z konia	3	—	3
9. Urazy mechaniczne	9	4	13
10 Zmarźnięcie	1	2	3
11. Zaduszenie	4	3	7
12. Śmierć w związku z zab. lek.	1	1	2
13. Zadanie ran	1	—	1
14. Postrzał wyp.	2	—	2
15. Ropowica wskutek połkn. szpilek	1	—	1
Razem	170	67	237

Śmierć w związku z ciążą, porodem i poronieniem.

1. Zakażenie po poronieniu	47
2. Skrwawienie po poronieniu	4
3. Zakażenie po porodzie	11
4. Skrwawienie po porodzie	6
5. Rzucawka porodowa	1
6. Ciąża pozamaciczna	1
7. Niejasne	5
Razem	75

C h o r o b y.

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Porażenie serca, zm. w m. serc.	38	20	58
2. „ „ na tle miażdż.	24	13	37
3. Pęknięcie serca	1	1	2
4. Pęknięcie tętnicy głównej	6	1	7
5. Zapalenie worka osierdziowego	4	1	5
6. Wylew krwi do mózgu — miażdżyca	10	10	20
7. „ — chor. zak.	2	3	5
8. „ — tętniak	1	2	3
9. Zapalenie opon mózgowych	6	4	10
10. Zapalenie płuc i opłucnej	14	13	27
11. „ oskrzeli	2	5	7
12. Gruźlica płuc	22	4	26
13. „ innych narządów	4	—	4
14. Nieżyt żołądka i jelit	6	3	9
15. Zapalenie otrzewnej	4	4	8
a) skręt jelit	2	1	3
b) uwięzgn. przepukl.	4	1	5
c) niedrożność jelit	3	—	3
16. Zapalenie nerek	4	1	5
17. Zakażenie ogólne	1	2	3
18. Nowotwory	2	3	5
19. Ogólne wyniszczenie	4	3	7
20. Choroby zakaźne (tężec)	—	1	1
21. Zatrucie pokarmowe	1	—	1
22. Zapalenie trzustki	1	1	2
23. Wodogłowie	1	—	1
24. Zapalenie wsierdzia	—	1	1
25. Niejasne — ujemny wynik	9	10	19
26. Gnicie	2	—	2
R a z e m	178	108	286

Oględziny zwłok płodów i noworodków w r. 1933.

Wyszczególnienie	Donosz.	IX m.	VIII m.	VII m.	VI m.	V m.	Poniżej 5 mies.	Razem
I. M a c e r a c j a	1	2	1	1	2	—	—	7
II. N i e z d o l n o ś ć d o ż y c i a:								
1. Wskutek niedonoszenia								
a) urodzone żywo	—	—	5	9	3	—	—	17
b) urodzone martwo	—	—	—	7	15	12	5	39
2. wskutek wad rozwojowych								
a) żywe	—	—	—	1	—	—	—	1
b) urodzone martwo	—	1	—	—	—	—	—	1
III. Ś m i e r ć w z w i ą z k u z p o r o d e m:	1	—	—	—	—	—	—	1
1. Asfiksja	1	—	—	—	—	—	—	1
2. Uszkodzenia w obrębie główki	5	1	—	—	—	—	—	6
a) Wylewy krwi do opon i mózgu	3	2	1	—	—	—	—	6
b) Pęknięcie sierpu lub namiotu	12	2	1	—	—	—	—	15
3. Śmierć wskutek pomocy lub samopomocy przy porodzie	1	—	—	—	—	—	—	1
IV. D z i e c i o b ó j s t w o								
1. Zaduszenie zwykłe	12	2	—	—	—	—	—	14
2. Zadzierżgnięcie	1	—	—	—	—	—	—	1
3. Zatkanie otworów nosowych i wejścia do krtani.	1	1	—	—	—	—	—	2
4. Zadławienie	1	—	—	—	—	—	—	1
5. Rozbicie główki	2	—	—	—	—	—	—	2
V. P o z o s t a w i e n i e b e z p o m o c y	7	2	1	—	—	—	—	10
VI. P r z y c z y n a ś m i e r c i n i e j a s n a:								
1. Ujemny wynik sekcji	2	2	—	—	—	—	—	4
2. Gnicie	13	2	8	1	—	—	—	24
VII. V a r i a (munifikacja)	1	—	—	—	—	—	—	1
R a z e m	64	17	17	19	20	12	5	154

Badania dokonane w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego na wezwanie Sędziów Śledczych od dnia 1 stycznia 1933 do 31 grudnia 1933 r.

I. Badanie osób żywych:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Dzieci	Razem
1. Uszkodzenia ciała (bójki, usiłowanie zabójstwa i t. d.)	385	84	7	476
2. Wypadki samochodowe	34	10	8	52
3. Oparzenia truciznami żrącemi:				
a) zbrodnicze	12	6	—	18
b) wypadkowe	2	1	—	3
4. Oparzenia materjałami wybuch.	3	1	—	4
5. Otrucia wypadkowe	4	7	—	11
6. Badanie stanu władz psychiczn.	1	5	—	6
7. Czyny nierządne	—	31	45	76
8. Pederastja	—	—	2	2
9. Stwierdzenie chorób weneryczn.	23	25	—	48
10. Stwierdzenie odbytego poronienia lub porodu	—	31	—	31
11. Określenie wieku	5	2	—	7
12. Inne	2	2	—	4
Razem	471	205	62	738

II. Badania dowodów rzeczowych:

1.	Badanie plam krwi	5
2.	„ „ nasienia	6
3.	„ włosów	2
4.	„ części ciała	4
5.	„ kierunku kuli	1
6.	„ mikroskopowe narządów	2
7.	„ pępowiny	1
8.	„ narzędzi akuszer.	1
	Razem	22

W roku sprawozdawczym Z. M. S. ukazały się następujące prace i przyczynki ogłoszone drukiem:

W. Grzywo - Dąbrowski:

1) Le nouveau Code Pénal Polonais — Archivio di Antropologia Criminale (to samo w Annales de Médecine Légale).

2) Zadzierżgnięcie i powieszenie, jako czynnik powodujący zaspokojenie zboczonego popędu płciowego — Rocznik Psychjatryczny XXI.

3) Artykuły o a) Ciąży, b) Dzieciobójstwie, c) Błonie dziewiczej — Encyklop. Podręczna Prawa Karnego.

4) Sprawozdanie z czynności Z. M. S. za rok 1932 — Cz. Sąd. Lekarskie.

5) Polska bibljografja kryminologiczna sądowo - lekarska i działów pokrewnych — Czas. Sąd. Lek.

6) Polska bibljografja psychjatryczna za r. 1932 — Rocznik Psychjatryczny.

St. Manczarski — Sekcja medycyny sądowej i kryminologji na XIV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu — Czas. Sąd. Lek.

W. GRZYWO - DĄBROWSKI.

COMPTE RENDU DE L'INSTITUT MÉDICO LÉGAL DE L'EUNIVERSITÉ DE VARSOVIE POUR 1933.

En 1933 on a accompli à l'Institut Médico-Légal à Varsovie 956 examens des cadavres des individus adultes et des nouveau-nés par l'ordonnance des pouvoirs judiciaires: examens des individues tués — 83, des suicidés — 118, morts par accident — 237; cas de mort naturelle — 286, à la suite de l'avortement ou de l'accouchement — 75, examens de nouveau — nés et des foetus — 154, examen des os — 3 fois. On a accompli 110 autopsies scientifiques.

On a examiné aussi dans la meme époque 738 individus vivants (lésions du corps, examens dans des cas de viol etc.) et 22 pièces de conviction: taches de sang, de sperme, les poils etc.

Dr. ALFRED PIOTROWSKI.

WYPADKI ZGONU SPOWODOWANE PRZEZ WINDĘ ELEKTRYCZNĄ I MAGIEL.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego)
Kierownik Prof. Dr. W. Grzywo - Dąbrowski.

Mechaniczne przyrządy użytku domowego i publicznego dają bardzo znaczne udogodnienia i oszczędność czasu, wymagają jednak dokładnej i stałej fachowej obsługi i kontroli, inaczej bowiem łatwo stać się mogą przyczyną wypadku, kalectwa a nawet śmierci. Między innemi do rzadziej spotykanych przypadków tego rodzaju należy spowodowanie śmierci przez windę i przez magiel elektryczny.

Wypadki z windą elektryczną, zwłaszcza śmiertelne, na terenie m. Warszawy zdarzają się stosunkowo rzadko, czego dowodzi między innemi fakt, że w czasie od 1921 do 1933 roku włącznie sekcjonowano w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warsz. zaledwie 7 zwłok osób zmarłych, w następstwie uszkodzeń spowodowanych przez windy elektryczne, co stanowi małą cząstkę wypadków objętych przez statystykę Zakładu 7 : 1944 w ciągu 13 lat (należy zaznaczyć, że wszystkie tego rodzaju przypadki zgonów gwałtownych wypadkowych są poddawane oględzinom w Zakładzie Medycyny Sądowej).

By ustalić typ uszkodzeń ciała przy wypadkach z windami elektrycznemi pozwolę sobie przytoczyć w streszczeniu wyniki oględzin i sekcji zwłok osób, zmarłych spowodu tych wypadków.

Nr. 1. Przypadek z dnia 24.1.1923 r. — przygniecenie przez windę.

Zwłoki mężczyzny lat 30, długości 170 cm. budowy ciała prawidłowej, odżywiania dobrego. Narządy wewnętrzne ułożone prawidłowo; układ mięśniowy i kostny dobrze rozwinięty.

Uszkodzenia spowodowane przez windę:

Na skórze znaleziono liczne nieregularne, podłużne, gładkie i pasmowate suche otarcia naskórka, rozsiane tu i owdzie na ciele, wielkości od kilku do kilkudziesięciu cm^2. W tkance podskórnej i w mięśniach

stwierdzono różnej wielkości nieregularne podbiegnięcia krwawe, koloru wiśniowego.

W obrębie kośćca stwierdzono:

Złamanie poprzeczne 5, 6, 7, 8, 9 i 10 żebra strony prawej pomiędzy kręgosłupem a linją pachową środkową w różnych miejscach, o brzegach nierównych.

Podobne złamanie 3, 4, 5 i 6 żebra strony lewej pomiędzy kręgosłupem a linją pachową przednią.

Rozerwanie kręgosłupa pomiędzy 5 a 6 kręgiem, szerokości do 7 mm. dochodzące z obu stron do przyczepu odnośnych żeber.

Pod opłucnemi ściennemi w okolicy złamań żeber i poza niemi oraz pod opłucnemi płuc obfite, rozlewne podbiegnięcia krwawe; w tych miejscach pod opłucną nieliczne pęcherzyki (rozedma śródmiąższowa); w miąższu płuc tu i owdzie stwierdzono wylewy krwawe.

Tchawica zawiera poprzeczne pęknięcie długości ok. 2,5 cm., tuż nad miejscem podziału, w brzegach rozdarcia znajdują się podbiegnięcia krwawe.

Tętnica główna zawiera okrężne pęknięcie w okolicy odejścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej, długości 4 cm., brzegi krwawo podbiegnięte.

Pozatem stwierdzono następujące zmiany chorobowe: obfite zrosty płaszczyznowe w jamie opłucnej prawej, pylicowatość gruczołów chłonnych śródpiersia i gruczołów oskrzelowych, nieznaczne zmiany zanikowe wtórne w obu nerkach.

Za przyczynę zgonu uznano opisane uszkodzenia kręgosłupa, narządów klatki piersiowej i t. p.

Nr. 2. Zgniecenie przez windę miało miejsce 1.9.1925 roku — denat zmarł w szpitalu Dzieciątka Jezus dnia 7.9.1925.

Wynik oględzin i sekcji zwłok:

Zwłoki mężczyzny lat 45—50, długości 161 cm. budowy ciała prawidłowej, odżywiania dostatecznego. Na powłokach brzusznych cięcie po laparatomji.

Znaleziono następujące uszkodzenia, spowodowane przez windę:

Zeszyte pękniecie jelita cienkiego w odległości ok. 1 metra od kątnicy o brzegach krwawo podbiegniętych, wielokrotne pęknięcie krezki jelita cienkiego, obfite podbiegnięcia krwawe w ścianie jelita cienkiego i w kroczu; pozatem jako następstwo opisanego uszkodzenia jelita znaleziono włóknikowo - ropne rozlane zapalenie otrzewnej trzew i ściennej, szczególnie silnie wyrażone w obrębie otrzewnej jelita cienkiego.

Jako przyczynę zgonu w tym przypadku możemy przyjąć włóknikowo - ropne zapalenie otrzewnej, punktem wyjścia którego było owo pęknięcie jelita cienkiego, powstałe przy zgnieceniu brzucha przez windę.

Nr. 3. Przypadek z dnia 4.7.1927 r. Zgniecenie przez windę elektryczną.

Zwłoki mężczyzny długości 163 cm. budowy ciała silnej, odżywienia dobrego.

Uszkodzenia spowodowane przez windę:

W skórze klatki piersiowej u dołu po stronie lewej szereg smugowatych różowych otarć naskórka, długości 5—10 cm. szerokości 0,1 — 1 cm. o przebiegu zgóry ku dołowi. Podobne otarcia znajdują się w okolicy sutkowej prawej, na brzuchu, na poziomie i w obrębie górnych brzegów talerzy biodrowych i są ułożone skośnie i poprzecznie; ich szerokość wynosi ok. 0,1 — 0,5 cm. długość ok. 2,7 cm.

W okolicy łuku żebrowego lewego, na kolanach i podudziach od przodu i na bocznych powierzchniach podudzi stwierdzono otarcia naskórka nierugularne, wiśniowo - brunatne, wielkości 12 × 2 cm. do 2 × 5,5 cm. Pod temi otarciami w tkance podskórnej stwierdzono obfite ciemnowiśniowe podbiegnięcia krwawe.

W skórze przednio - zewnętrznej powierzchni lewego podudzia stwierdzono wylew krwawy, naskórek w tem miejscu zawierał smugowate otarciu; po rozcięciu tkanek miękkich stwierdzono poprzeczne pęknięcie mięśnia prostującego podudzie.

W tkance podskórnej potylicy stwierdzono wylew krwawy o wymiarach 2,5 × 4 cm o kształcie owalnym. Podobne podbiegnięcia krwawe punkcikowate lub średnicy 1 mm. wykryto w tkance podskórnej obu skroni i okolic ciemieniowych i politycznej oraz w mięśniach skroniowych.

W mięśniach szyi po stronie lewej, w tkankach otaczających tarczycę, w torebkach tętnic szyjnych wspólnych stwierdzono obfite wylewy krwawe.

Pod spojówkami powiekowemi i gałkowemi obu oczu stwierdzono ciemnowiśniowe wylewy krwawe wielkości od ziarna maku do ziarna soczewicy.

Ze strony kośćca stwierdzono złamanie 6, 7, 8, 9, i 10 żebra po stronie lewej w linji pachowej. Pod opłucnemi ściennemi dość obfite wylewy krwawe.

W miąższu tarczycy, pod błoną śluzową języka na grzbiecie i w mięśniach jego podstawy oraz pod błoną śluzową nagłośni stwierdzono ciemnowiśniowe liczne i duże wylewy krwawe.

Jako przyczynę śmierci należy tu przyjąć silne zgniecenie narządów szyi i klatki piersiowej, co spowodowało silne zadrażnienie nerwów błędnych i innych, i ewent. asfiksję denata. Jest ciekawem, że mimo silnego ucisku szyi, nie było wcale pęknięć krtani, tchawicy etc.

Nr. 4. Przypadek z dnia 24.1.1929 r.

Robotnica wczasie jazdy wychyliła się z windy, uderzyła się głową o jakąś występującą część ściany i poniosła śmierć na miejscu.

Wynik oględzin i sekcji zwłok:

Zwłoki kobiety długości 148 cm. dość silnej budowy ciała, odżywiania dobrego.

Uszkodzenia.

W skórze głowy stwierdzono 3 rany o charakterze ran tłuczonych, połączone z wylewami krwi do tkanki podskórnej i do mięśni, drażące do kości: jedną w okolicy skroniowo - ciemieniowej prawej, dwie na skroni lewej, przytem rana okolicy ciemieniowej posiada cechy dartej, płatowej. Pod białkówką oka lewego stwierdzono drobne podbiegnięcie krwawe.

W obrębie lewej kości skroniowej znaleziono złamanie kształtu nieprawidłowego, o brzegach nierównych, o wymiarach 4 × 5 cm. Dalej stwierdzono zgruchotanie blaszki nadoczodołowej kości czołowej po stronie lewej, wielokrotne pęknięcie kości skalistej prawej oraz nieregularne pęknięcie kości podstawy czaszki przebiegające w kierunku przednio - tylnym. Opona twarda uległa wielokrotnemu rozerwaniu; pomiędzy oponami mózgowemi znaleziono wylewy krwi. Lewy płat czołowy i przednia część lewego płatu skroniowego uległy rozległemu zmiażdżeniu; w jądrach podstawy po stronie lewej znaleziono wylewy krwawe.

W obrębie płuc znaleziono zacieki krwawe, w drogach oddechowych — sporo płynnej krwi.

Pozatem znaleziono takie zmiany chorobowe, jak brodawkowate zapalenie zastawki dwudzielnej serca, zrosty płaszczyznowe w jamach opłucnych, kamica woreczka żółciowego i przewodu pęcherzykowego, ogniskowe zapalenie torebki wątroby w okolicy woreczka, zmiany zanikowe wtórne w korze obu nerek, okres miesiączki.

Przyczyna zgonu: rozległe uszkodzenia mózgu i czaszki, powstałe wskutek uderzenia się przy jeździe windą.

Nr. 5. — Uderzenie w głowę jakąś częścią windy dnia 8.5.1929 roku, — śmierć w szpitalu dnia 18.8.1929 r.

Wynik oględzin i sekcji zwłok:

Zwłoki mężczyzny lat 18, długości 175 cm. wątłej budowy ciała, odżywiania lichego.

Uszkodzenia znalezione przy oględzinach:

W okolicy prawego guza ciemieniowego — rana operacyjna o brzegach nierównych, zropiałych, o wymiarach 3 × 4 cm. W kości ciemieniowej prawej otwór trepanacyjny o wymiarach 3 × 4 cm.

Ze zmian chorobowych znaleziono włóknikowo - ropne zapalenie opony miękkiej mózgu, ropień prawej półkuli mózgu, dochodzący

do komory bocznej prawej, obrzmienie mózgu, obrzęk płuc i zwyrodnienie wsteczne miąższu wątroby.

Jako przyczynę zgonu należy tu przyjąć ropne zapalenie opon mózgu, powstałe naskutek dostania się do jamy czaszkowej drobnoustrojów chorobotwórczych przez uszkodzone powłoki czaszki. Dokonana trepanacja nie uratowała poszkodowanego.

Nr. 6. Przypadek z dnia 26.9.1929 r. Przygniecenie przez windę, śmierć na miejscu wypadku.

Wynik oględzin i sekcji zwłok:

Zwłoki mężczyzny długości 167 cm. budowy ciała prawidłowej, odżywiania średniego.

Uszkodzenia spowodowane przez windę:

Na prawym policzku i prawej małżowinie usznej, na żuchwie lewej, na plecach pomiędzy łopatkami i na prawem podudziu od przodu w skórze stwierdzono suche otarcia naskórka, koloru brunatnawego, kształtu nieprawidłowego, różnej wielkości o wymiarach 2 × 16 cm. na twarzy, 0,5 × 7 cm. na żuchwie, 10 × 10 cm. na plecach i 1,5 × 10 cm. na podudziu.

W skórze czoła stwierdzono ranę kształtu nieprawidłowego o wymiarach 0,5 × 1,5 cm. o brzegach drobno - ząbkowanych; z rany wydobywa się istota mózgowa.

W tkance podskórnej obu skroni, prawej części potylicy i w okolicy opisanych otarć stwierdzono podbiegnięcia krwawe. W mięśniu skroniowym prawym obfite podbiegnięcia krwawe na całej jego przestrzeni.

W obrębie kości czaszki stwierdzono następujące uszkodzenia: wielokrotne pęknięcie kości ciemieniowej prawej, kości podstawy czaszki i łuski kości skroniowej prawej; poprzeczne pęknięcie pokrywy czaszki w obrębie kości ciemieniowych.

Móżdżek wraz z mózgiem oderwany od reszty mózgu, istota mózgowa w okolicy oderwania postrzępiona, obficie krwawo podbiegnięta, w komorach bocznych i w komorze 4-ej krew płynna.

Inne narządy wewnętrzne bez uszkodzeń, w płucach tylko wykryto obecność zacieków krwawych.

Jako przyczynę zgonu należy uznać opisane rozległe uszkodzenia mózgu i czaszki, powstałe wskutek przygniecenia przez windę.

Nr. 7. Przypadek z dnia 28.1.1933 r. Przygniecenie przez windę, śmierć na miejscu wypadku.

Wynik oględzin i sekcji zwłok:

Zwłoki mężczyzny długości 165 cm. średnio silnej, prawidłowej budowy ciała, odżywiania miernego.

W otworach nosowych i w jamie ustnej i na skórze głowy obfite skrzepy krwi.

Uszkodzenia spowodowane przez windę:

W skórze czoła nad lewym łukiem brwiowym stwierdzono dwa sińce o wymiarach 2 × 3 cm. i 2 × 5 cm. W skórze grzbietu nosa stwierdzono otarcie naskórka o wymiarach 1 — 1,5 cm. Nos zdeformowany.

W skórze brody po stronie lewej stwierdzono cztery rany tłuczone o brzegach nierównych, drążące przez mięśnie do jamy ustnej i do kości.

W wardze górnej dwie podobne rany drążące do mięśni o wymiarach 0,5 × 2 cm. i 0,5 × 1,5 cm.

W jamie ustnej stwierdzono wybicie i obluzowanie zębów szczęki dolnej. W tkance podskórnej i w mięśniach otaczających wymienione wyżej uszkodzenia stwierdzono obfite wylewy krwawe.

W obrębie kośćca stwierdzono następujące uszkodzenia:

a) wgniecenie tylnego brzegu otworu potylicznego wielkiego do światła tegoż otworu; b) pęknięcie prawej części podstawy czaszki od otworu potylicznego wielkiego przez kość skalistą prawą i siodełko tureckie łącznie z małem skrzydłem kości klinowej do pokrywy oczodołu i kości sitowej włącznie; c) pęknięcie lewej części podstawy czaszki od otworu potylicznego wielkiego przez małe skrzydło kości klinowej do kości skroniowej lewej, d) pęknięcie kości potylicznej po stronie prawej o wymiarach 0,5 × 9 cm., złamanie wyrostka jarzmowego kości nosowej po stronie lewej; e) złamanie kości nosa, wgniecenie wgłąb kości jarzmowej lewej, złamanie wyrostka zębodołowego lewego, zgruchotanie obu szczęk.

Przy sekcji zwłok stwierdzono: oderwanie rdzenia przedłużonego od mostu, zmiażdżenie przyległych do oderwanego odcinka części trzonu mózgowego, liczne obfite wybroczyny krwawe w istocie mózgowej mostu i rdzenia przedłużonego, w komorach mózgowych trochę płynnej krwi.

Jako przyczynę zgonu uznano oderwanie rdzenia przedłużonego od mostu, powstałe wskutek zgniecenia głowy przez windę.

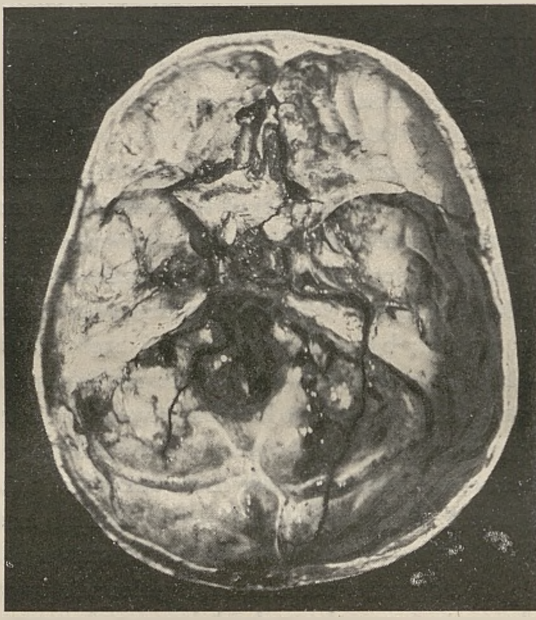
Reasumując dane dochodzenia, zebrane w sprawie przytoczonych wypadków, widzimy, że na ogólną ich ilość 7 przypadków, 5 osób zmarło w następstwie przygniecenia przez windę, 2 osoby wskutek uderzenia przez windę.

Pod względem zmian urazowych grupy te niewiele różnią się od siebie.

I, tak, w typowym przypadku zgniecenia przez windę spotykamy kompleks takich uszkodzeń jak zgruchotanie kośćca, zmiażdżenie bądź

pęknięcie narządów wewnętrznych, wylewy krwi do tkanek miękkich i do jam ciała, sińce i różnorodne, przeważnie pasmowate lub smugowate otarcia naskórka, wreszcie zranienia skóry i przyległych do niej tkanek miękkich.

Przy oględzinach i sekcji zwłok osób, zmarłych spowodu uderzenia przez windę znaleźć możemy uszkodzenia podobne, lecz może mniej rozległe i mniej liczne.



Rys. № 1.

II. Śmierć wskutek uszkodzeń, spowodowanych przez magiel elektryczny.

Na naszym stole sekcyjnym mieliśmy trzy takie przypadki. (Podajemy tylko krótki wyciąg z protokułów sekcyjnych).

Nr. 1 Przypadek z dnia 20.5.1927 — zgniecenie i oderwanie głowy.

Zwłoki kobiety lat 70, średnio silnej budowy ciała, odżywiania upośledzonego, długości 151 cm.

W obu jamach opłucnych oraz pomiędzy wątrobą a narządami sąsiadującemi z wątrobą stwierdzono liczne zrosty.

Uszkodzenia spowodowane przez magiel:

Głowa niemal całkowicie oderwana od szyi; na poziomie otworu potylicznego jest z nią połączona tylko płatem skóry i mięśni po stronie lewej, szerokości 4—8 cm. Na lewej połowie twarzy znajdowało się roz-

ległe zdarcie tkanek, biegnące od lewego ucha skośnie do góry przez potylicę na prawo, idące dalej nad przyczepem prawego mięśnia skroniowego i przez całą prawą połowę twarzy aż do kąta ust. Brzegi tych rozdarć są nierówne, podbiegnięte krwią, w głębszych tkankach również znaleziono wylewy krwawe. Skóra przy brzegach otarta z naskórka. Poza wymienionemi uszkodzeniami stwierdzono w skórze okolicy kolanowej lewej 2 sińce średnicy 1—2 cm, jeden pośrodku, drugi obok niego.

W obrębie kośćca stwierdzono następujące uszkodzenia: oderwanie kręgosłupa od czaszki, złamanie 1 kręgu szyjnego w 2-ch miejscach, odłamanie obwodowego końca obojczyka lewego.

Podkreślić tu należy, że kości czaszki nie były uszkodzone.

Na tylnej powierzchni tarczycy stwierdzono galaretowaty wylew krwi wielkości śliwki, oraz podobny wylew tuż pod rozdwojeniem tchawicy.

Pozatem stwierdzono nieżyt przewlekły grudkowy błony śluzowej dróg oddechowych, ogniskowe zwapnienie zastawki dwudzielnej, zanik brunatny mięśnia sercowego, daleko posuniętą miażdżycę tętnic, przewlekłe zastoinowe zmiany w wątrobie, marskość miażdżycową nerek.

Przyczyną zgonu było oderwanie głowy od szyi.

Przypadek Nr. 2 z dnia 10.2.1933 r. zgniecenie i zmiażdżenie głowy.



Ry. № 2.

Zwłoki kobiety długości 160 cm. lat 27, prawidłowej budowy ciała, odżywiania dostatecznego.

Uszkodzenia spowodowane przez magiel:

W powłokach miękich głowy stwierdzono ranę dartą o brzegach miażdżonych, otartych, kształtu nieprawidłowego podłużnego, o wymiarach 15 × 12 cm. biegnącą od prawego kąta ust pod uchem prawem przez prawą część potylicy i okolicę ciemieniową prawą. Muszla uszna oderwana od czaszki. W tkance podskórnej i w mięśniach w obrębie i dookoła rany — podbiegnięcia krwawe.

W obrębie kośćca stwierdzono: trzykrotne złamanie szczęki dolnej, połączone z wybiciem zębów; zgruchotanie części podstawy czaszki i kości twarzy i 1—2 kręgu szyjnego.

W obrębie jamy czaszkowej stwierdzono wylewy krwawe i rozdarcia pomiędzy oponami i na oponie twardej mózgu na podstawie czaszki, zgniecenie i powierzchowne zmiażdżenie móżdżku, zupełne zniszczenie i zmiażdżenie rdzenia przedłużonego.

Płuca były rozdęte, w ich miąższu dość obfite zacieki krwawe.

Przyczyną śmierci w tym przypadku było rozległe uszkodzenie rdzenia kręgowego i mózgu.

Przypadek Nr. 3 z dnia 18.11.1932 r. — zgniecenie głowy.



Rys. № 3.

Wynik oględzin zwłok:

Zwłoki kobiety długości 158 cm. budowy ciała prawidłowej, odżywiania dobrego.

Uszkodzenia spowodowane przez magiel:

W powłokach miękich prawej połowy głowy i twarzy stwierdzono ranę głębokości 13 cm. o brzegach zmiażdżonych, otartych z naskórka, biegnącą od granicy pomiędzy okolicą skroniową a potyliczną prawą do połowy lewego policzka i o 3 cm. powyżej górnego przyczepu prawej małżowiny usznej w ten sposób, że dolną część rany po stronie prawej stanowi podstawa czaszki, podniebienie twarde i połowa szczęki górnej, natomiast po stronie lewej — odsłonięte muszle nosowe i lewa połowa szczęki górnej. Powieki oka prawego zasinione, gałka oczna zmiażdżona, krwawo podbiegnięta. Małżowina uszna prawa w części górnej pęknięta, przyczep tylny oderwany. W okolicy siekacza środkowego i bocznego lewego w powłokach miękich szczęki górnej stwierdzono ranę podłużną długości 5 cm. o brzegach dość równych. W skórze lewego policzka rozległe brunatnawe nieregularne otarcia naskórka.

Na szyi po stronie lewej znajduje się siniec o wymiarach 5 × 5,5 cm., o startym nad nim naskórku.

W skórze przedramienia prawego w części dolnej siniec wielkości monety 20-groszowej.

W tkance podskórnej i mięśniach w okolicy opisanych uszkodzeń wylewy krwawe.

W obrębie kośćca stwierdzono: zgruchotanie kości podstawy czaszki, kości twarzy i szczęki, złamanie i wgniecenie kości czaszki po stronie prawej, zgniecenie zupełnie głowy na granicy czaszki i twarzy. Przyczyną zgonu było zmiażdżenie twarzy i podstawy czaszki.

Reasumując wyniki oględzin i sekcji zwłok osób zmarłych spowodu uszkodzeń ciała, odniesionych w związku z wypadkami przy windach i maglach elektrycznych, skonstatować możemy, że przypadki te pod względem patogenicznym zaliczyć należy do grupy urazów mechanicznych, takich jak zgniecenia, zmiażdżenia, stłuczenia i t. p. Nieraz otrzymujemy identyczne prawie wyniki oględzin i przy badaniu zwłok osób zmarłych wskutek wypadków samochodowych, kolejowych i tramwajowych, przy wypadkach w młockarniach, młynach i t. d.

Przypadki takie jak przytoczone, jeżeli powstały spowodu wadliwości urządzeń lub wadliwej organizacji pracy, stać się mogą objektem tak sprawy sądowej jak i cywilnej.

A. PIOTROWSKI.

MORT A LA SUITE DES ACCIDENTS PAR ASCENSEUR ET CALANDRE.

Les décès causés par les accidents des ascenseurs et de calandre électrique sont très rares (7 : 1944 en 13 ans).

Les cas observés par l'auteur démontrent qu'en ce qui concerne la patogénie, ils appartiennent au groupe des lésions traumatiques comme écrasements, contusions etc. (accidents d'automobiles, des tramways, de chemin de fer, des machines d'industries etc.).

Dans les cas typiques de l'écrasement par l'ascenseur et la calandre nous voyons des lésions, comme; fractures des os, rupture des organes internes, épanchements du sang dans les tissus ou dans les cavités muqueuses ou sereuses, plaies contuses etc.

TAMARA SZARBE (Moskwa).

POWIESZENIE — ZABÓJSTWO CZY SAMOBÓJSTWO?

Często napotykamy trudności przy różniczkowaniu przypadków zabójstwa i samobójstwa; trudności te zwłaszcza wysuwają się przy różniczkowaniu ran postrzałowych oraz ran zadanych narzędziem ostrem; rzadziej nasuwają się trudności różniczkowe przy utonięciach i powieszeniach.

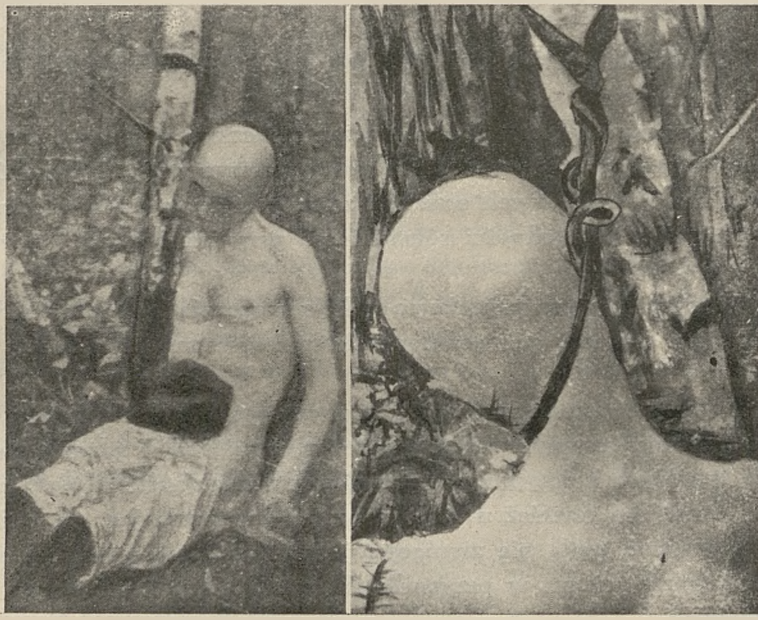
Według Krattera wyjątkowo tylko nastręczają się trudności w różniczkowaniu, czy dany przypadek powieszenia jest zabójstwem czy samobójstwem.

Powyższe tłomaczy się tem, że w podręcznikach medycyny sądowej jest dokładnie opisany przebieg brózdy wisielczej i sposób wiązania pętli w typowych i nietypowych przypadkach samobójstwa przez powieszenie. Zwrócono również uwagę na oznaki przemawiające za pośmiertnem nałożeniem pętli, nie zwrócono jednak zupełnie uwagi na sposób przymocowania sznura w przypadkach samobójstwa i zabójstwa przez powieszenie.

Jeżeli wynikły różnice zdań między lekarzami - ekspertami i władzami śledczemi w niżej opisanym przypadku, to należy je przypisać pomijaniu wspomnianego tematu na wykładach medycyny sądowej dla pracowników śledczych.

Przypadek nasz jest następujący: w czerwcu 1932 r. o godzinie 18, podczas deszczu w lesie w odległości 2 kilometrów od miasta i nieco wbok od drogi znaleziono zwłoki nieznanego mężczyzny, lat ok. 35, wiszącego w pozycji siedzącej pod brzozą, jak to widać na fot. 1. Zwłoki były ubrane tylko w długie kalesony opuszczone do połowy i długie pończochy, zawiązane powyżej kolan. Na kolanach leżała czapka, przy lewej kiści zmarłego leżały podarte szelki. Stężenie pośmiertne było całkowicie zachowane, plamy opadowe znajdowały się w okolicy biodrowej. Śladów walki na ciele nie znaleziono. Czubek języka był wciśnięty między przednie zęby. Twarz blada. Na szyi znajdowała się pętla z miękkiego starego rzemienia barwy bronzowej, szerokości 3 cm., za prawem uchem znajduje się podwójny węzeł. Pętli tej przez głowę zdjąć nie można, obwód pętli

wynosił 43 cm. Drugi koniec (wolny) rzemienia 48 cm. długości był owinięty jeden raz dookoła cienkiego, gładkiego, bez sęków, pnia brzozy i dwa razy dookoła przywodzącej części rzemienia, nie tworząc żadnego węzła (patrz fot.). Na pniu brzozy widać zdarcie powierzchowne warstwy kory, co dowodziłoby, że rzemień nieco się opuścił i dzięki temu głowa zmarłego pochyliła się nieco wbok.



Fot. 1.

Z zewnętrznych oględzin ciała na miejscu wypadku można było wywnioskować, że śmierć nastąpiła przed 50 godzinami, że zwłoki po śmierci nie były poruszane i że walki przed śmiercią nie było. Władze śledcze wywnioskowały zatem, że denat zpoczątku chciał się powiesić na szelkach, a gdy te się urwały, użył do tego rzemienia; stąd wniosek, że popełnione zostało samobójstwo.

Jednak charakter pętli na szyi w zestawieniu z opisanym sposobem przymocowania rzemienia do drzewa już na pierwszy rzut oka świadczą przeciw samobójstwu.

Doświadczenie uczy, że samobójcy w większości przypadków przedewszystkiem dobrze przymocowują sznur a następnie zakładają sobie pętle na szyję.

Coprawda kazuistyka sądowo - lekarska zna dużo przypadków, świadczących o nadzwyczajnej pomysłowości samobójców co do sposobu

nakładania sobie pętli i przymocowywania sznura; i tak Deininger w roku 1884 opisał przypadek kiedy kobieta zpoczątku okręciła sznur koło szyi, zawiązała z przodu węzeł a następnie go przymocowała.

W mojej praktyce miałam przypadek, gdy pijany mężczyzna zawiązał sobie na szyi podwójnym węzłem zwykły szpagat do wiązania paczek, a drugi koniec przywiązał również podwójnym węzłem do cienkiej gałęzi brzozy. Sznurek się oberwał i mężczyzna upadł twarzą do ziemi. Wobec tego, że był silnie pijany, pozostał w tej pozycji i zmarł wskutek asfiksji przez zatkanie górnych dróg oddechowych miękim mchem. W tym przypadku trudno mówić o powieszeniu, jako o przyczynie śmierci. Sznurek otaczał szyję zupełnie luźno, (pomiędzy szyją a sznurem można było swobodnie wprowadzić palec), węzeł znajdował się z lewej strony od przodu a brózda wisielcza była ledwie widoczna.

Lecz ani w piśmiennictwie sądowolekarskiem ani w mojej praktyce nie spotkałam takiego przypadku, gdzieby samobójca zpoczątku zawiązał sobie mocno węzeł na potylicy, następnie okręcił sznur dookoła jakiegokolwiek przedmiotu, nie zawiązując węzła. Przedewszystkiem technicznie jest to niewykonalne, gdyż przy zaciśnięciu szyi rzemieniem nastąpiłaby utrata przytomności przedtem, zanim zdążyłby przymocować drugi koniec rzemienia. Postępowanie odwrotne jest jeszcze mniej prawdopodobne. Niewielka długość rzemienia nie pozwoliłaby (co stwierdziły moje doświadczenia) po owinięciu go dookoła brzozy zawiązać węzeł na szyi, tembardziej, że suchy rzemień rozluźnia się. Tak samo byłoby i w danym przypadku.

Na drzewie doskonale widać ślad opuszczenia się rzemienia, który bezwątpienia rozwiązałby się, gdyby wkrótce po zbrodni nie zaczął padać deszcz, trwający całą noc, pozatem dołącza się tu ta okoliczność, że zwłoki były rozebrane. Niema żadnych podstaw do przypuszczenia, że ubranie zdjęli włóczędzy, gdyż zwłoki nie były poruszane, a rozebranie zwłok bez naruszenia ich pozycji jest prawie niemożliwe.

Oględziny i sekcja zwłok dały wyniki następujące: Na przedniej powierzchni szyi niewielkie podłużne zadrapania w kształcie kresek; dalej na szyi widać szeroką brózdę wisielczą, górna część której jest zbita, barwy brunatnawej, o wyraźnie zaznaczonych zarysach. Dolny brzeg blady, słabo zaznaczony. Część brunatna brózdy przy badaniu mikroskopowem wykazuje wszystkie cechy przyżyciowego jej powstania. W mięśniach szyi wylewów krwawych brak. Chrząstki krtani nieuszkodzone. Z mózgu wyczuwa się wyraźny zapach alkoholu. Uszkodzeń urazowych czaszki nie znaleziono. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej również nie wykazują zmian i uszkodzeń urazowych. W żołądku znaleziono 500 cm^3 jasnego płynu o wyraźnym zapachu alkoholu, w płynie tym widoczne są kawałki niestrawionego chleba i kwaszonego ogórka. W pęcherzu moczowym 200

cm^3 jasno - żółtego moczu. Chemiczne badanie krwi wykazuje 2,7% alkoholu.

Wynik sekcji zwłok nie wykazał innej przyczyny śmierci jak tylko zaduszenie, wywołane uciskiem rzemienia na narządy szyi i nadużycie alkoholu, jako zjawisko towarzyszące. Zjawisko to wyjaśnia nam również brak śladów walki na ciele i jeszcze raz potwierdza, że bardzo pijany człowiek nie mógł przy wyżej przytoczonym sposobie przymocowania rzemienia do drzewa sam sobie założyć pętlę na szyję. Już ten moment przemawia przeciw samobójstwu, a jest on bardzo ważnym.

Reasumując powyższe, przychodzimy do następujących wniosków:

Człowiek w stanie silnego zamroczenia alkoholowego został rozebrany przez innego osobnika, następnie założono mu pętlę na szyję, drugi koniec, której był przymocowany do drzewa, w wyżej opisany sposób. Brak drugiej brózdy na szyi wskazuje, że powieszenie nie było poprzedzone zadzierżgnięciem, co zresztą było zbędnem wobec bezsilności ofiary. Szelki najprawdopodobniej nie były użyte, a zostały rozerwane albo przy rozbieraniu ofiary albo przy sprawdzaniu ich wartości jako pętli do powieszenia.

Po kilku dniach tożsamość zwłok była ustalona. Człowiek ten zginął bezpośrednio po otrzymaniu pensji.

Jak twierdzi żona zmarłego, nosił on tylko szelki; pasek wogóle a w szczególności okazany jej nie należał do ubrania jej męża.

T. SZARBE.

MORT PAR PENDAISON. SUICIDE OU MEURTRE?

L'auteur décrit un cas intéressant concernant une pendaison criminelle. Il s'agissait d'un homme qui se trouvait dans un état d'assoupissemet alcoolique.

Pour résoudre la question est-ce qu'il y avait lieu un crime ou un suicide, M-me Szarbe s'occupe minitieusement d'examen du noeud coulant etc. et arrive à la conclusion qu'il faut exclure le suicide.

Sędzia Jerzy Władysław ŚLIWOWSKI.

PROFESOR SALVATORE OTTOLENGHI.
(W s p o m n i e n i e p o z g o n n e).

Dnia 28 czerwca r. b. zmarł w Rzymie po krótkiej chorobie ś. p. profesor Salvatore Ottolenghi, dyrektor Instytutu Medycyny Sądowej i Wyższej Szkoły Policji.

W osobie zmarłego schodzi do grobu postać znakomitego uczonego o światowej sławie i nazwisku; nazwisko to było chlubą włoskiego świata naukowego, który zmarły reprezentował na licznych kongresach międzynarodowych w dziedzinie Medycyny Sądowej i policji. W szczególności był on twórcą i organizatorem policji sądowej. Profesor Ottolenghi niósł ze sobą nadto chwałę i wielkość tradycji lombrozjańskich, jako były pomocnik i współpracownik Cezarego Lombroso w latach 1883—1893. Wspomnienie tego nazwiska, zawsze żywe w Italji, jako dotyczące uczonego, który po raz pierwszy rozpoczął poważne badania naukowe nad osobnikami przestępnymi, który zatem zapoczątkował epokę indywidualizacji poznania i traktowania przestępcy — łączyło się z osobą zmarłego, który był niejako tej idei spadkobiercą, a dalszą swoją nieustanną i wytężoną pracą zdobywał nowe dziedziny z wielką korzyścią dla nauki i dla wymiaru sprawiedliwości. Italja uważa go za twórcę policji naukowej i kierunku antropologiczno - biologicznego w łonie tej organizacji. Nie ulega wątpliwości, że może jedną z największych zasług zmarłego uczonego jest założenie naukowych podstaw pod organizację i dalszy rozwój tego właśnie pomocniczego organu wymiaru sprawiedliwości, który śledząc i dopomagając do ujawnienia przestępstw i ich sprawców— niejako od samego początku i na samym wstępie — realizuje zasady istotnego i prawdziwego poznania osobników przestępnych na podstawie antropologicznej, biologicznej i psychologicznej, które to badania w toku dalszego postępowania sądowego mają znaleźć swój dalszy rozwój. Wreszcie wprowadzenie czynnika naukowego do policji, istotą czynności której jest natychmiastowa reakcja na przestępstwo w postaci badań, studjów i poszukiwań, od udatności których zależy w pierwszym rzędzie ujęcie przestępcy, a zatem możność jego osądzenia — znakomicie utwierdza

i umacnia organizację i sprawne funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości, pewność jego działania, wiarę w szerokich masach, że każde przestępstwo zostanie odpowiednio potraktowane i osądzone, umacnia zatem podstawy porządku prawnego. — Te to właśnie uwagi i obserwacje przychodzą na myśl, kiedy myślimy o dorobku naukowym zmarłego wielkiego uczonego.

Profesor Salvatore Ottolenghi urodził się 20 maja 1861, a studja wyższe ukończył w 1884 r. W roku 1893 został mianowany profesorem nadzwyczajnym Medycyny Sądowej na uniwersytecie w Siennie. W roku 1903 obejmuje tę samą katedrę na uniwersytecie w Rzymie. Działalność naukowo - organizacyjną na szerszą skalę rozwija począwszy od roku 1896, gdy, jeszcze w Siennie organizuje Kurs Uniwersytecki Policji Naukowej i zostaje jednym z współredaktorów Przeglądu Policji Naukowej. W r. 1902 zakłada Szkołę Policji Naukowej, funkcjonującą przy Dyrekcji Głównej Włoskiej Policji Bezpieczeństwa i tam rozwija swą ożywioną działalność naukową i realizuje program przez siebie zakreślony, przyczem w programie tym w równej mierze traktowane były przedmioty teoretyczne, jak i uwzględniany praktyczny punkt widzenia we wszystkich dziedzinach w zakres urzędowania i czynności policji bezpieczeństwa wchodzących. Przy wspomnianej Szkole Policji Naukowej, w miarę jej rozwoju, zostały założone i zorganizowane: służba rozpoznawcza i identyfikacyjna, służba dochodzeń technicznych policji sądowej oraz służba antropologiczna ze szczególnem uwzględnieniem danych biograficznych dotyczących danego osobnika. Nadto przy Szkole istniały kursy uzupełniające dla funkcjonarjuszy policji.

Wreszcie działalność zmarłego uczonego znalazła najwyższy wyraz swego rozwoju w r. 1923, gdy tworzy on nowy instytut Medycyny Sądowej, zawierający następujące sekcje: 1) laboratorjum i bibljotekę; 2) muzeum kraniologiczne; 3) muzeum anatomiczno - patologiczne; 4) oddział spełniający funkcję „morgi"; 5) oddział sekcyj sądowych. Jednocześnie z Instytutem, jako jego organ naukowy powstał przegląd p. t.: „Rivista Zacchia".

Pracując wydatnie na polu organizacyjno - naukowem, prof. Ottolenghi nie zaniedbywał pracy czysto naukowej. Działalność jego w tym kierunku była również twórcza i płodna. Wydał on cały szereg prac dotyczących różnych dziedzin i zagadnień Medycyny Sądowej, drukując je w rozlicznych przeglądach i czasopismach perjodycznych oraz monografjach. Wydał następujące dzieła:

O sugestji i siłach ukrytych — Turyn 1900.

Policja Naukowa — Rzym 1907.

Traktat Policji Naukowej. O rozpoznaniu fizycznem w odniesieniu do medycyny i do funkcji policyjnych. Tom I. Medjolan 1910.

Traktat Policji Naukowej. O rozpoznaniu psychicznem i biograficznem oraz o dochodzeniu sądowem. Tom II. Medjolan 1932.

Nadto w r. 1923 razem z prof. Sancte de Sanctis wydał dzieło p. t. „Traktat psychjatrji sądowej".

Profesor Ottolenghi był wykładowcą utworzonej w r. 1932 Szkoły Uzupełniającej Prawa Karnego przy Uniwersytecie w Rzymie, która, będąc w istocie swej instytutem kryminologicznym, jest uważana za jedną z najlepiej postawionych instytucyj naukowych uzupełniających studja kryminologiczne.

Wreszcie zaznaczyć należy, że zmarły reprezentując kraj swój na licznych kongresach, co już było zaznaczone, zdawał szczegółowo sprawozdania z kierunku naukowego przez siebie reprezentowanego. Miało to miejsce zwłaszcza na Kongresie Medycyny Sądowej w Brukselli w 1910 r. i na Międzynarodowej Konferencji Policji w Nowym Jorku w r. 1925.

W licznym szeregu włoskich uczonych i badaczy z dziedziny prawa karnego, kryminologji i medycyny sądowej, zmarły prof. Ottolenghi zajmuje bardzo poważne miejsce łącząc w swojej osobie świetność dawnych tradycyj, rozpoczynającej się humanistycznej wiedzy o przestępcy, ze współczesnemi, najnowszemi zdobyczami w tej dziedzinie. Praca jego, co szczególnie zaznaczyć należy, szła równomiernie zarówno w dziedzinie teoretycznej, jak i organizacyjno-praktycznej. Pozostawił on po sobie znaczny „żywy" dorobek naukowy, nietylko w postaci licznych prac, które przez długi czas będą kształciły młode umysły, lecz także w postaci uczniów i młodych naukowców, którym tyle z życia swego i pracy poświęcił, na których przelał ideę swą osiągania coraz większych zdobyczy wiedzy, dla coraz skuteczniejszego zwalczania przestępczości.

STRESZCZENIA.

Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt nowego pisma poświęconego medycynie sądowej i działom pokrewnym w języku rosyjskim p. t. „Sudziebnaja miedicyna i pogranicznyja oblaści", wydawane przez Państwowy Badawczy Instytut Medycyny Sądowej pod redakcją prof. N. W. Popowa. W skład komitetu redakcyjnego wchodzą prof. prof.: Bronnikow, Bruchanskij, Kurdiumow, Rozenblum, Stiepanow, doc. Smolianinow. Z przedmowy przytaczamy charakterystyczny dla tamtejszych stosunków ustęp: „Zasadnicza przemiana dawnych podstaw jeszcze w niewystarczający sposób objęła biegłych lekarzy i niektórzy z nich dotąd jeszcze opierają się na źródłach, wrogo usposobionych do klasy pracującej szczeg., gdy chodzi o rozstrzyganie zagadnień, dotyczących samobójstw, nagłych zgonów, spraw urazowych i t. p. Jednak szereg pracowników w zakresie sądowej medycyny już dawno uznał doniosłość i wielkość zagadnień, przeprowadzanych przez klasę robotniczą i jej awangardę - Ogólnozwiązkową Partję Komunistyczną i w swej pracy kroczy z nią razem, walcząc z jawnemi i ukrytemi teorjami, wrogo usposobionemi w stosunku do proletarjatu".

W omawianym zeszycie znajdujemy 27 prac i przyczynków, niektóre z tych artykułów referujemy poniżej.

Życzymy nowej placówce naukowych badań sądowo - lekarskich pomyślnego rozwoju pod wytrawnym kierownictwem kolegi profesora N. W. Popowa.

Chitrow. Ustalenie samobójstwa na podstawie śladów na ręku.

W 4-ch przypadkach samobójstwa przez postrzał z rewolweru syst. Nagan, autor znajdywał na palcach prawej ręki (szczeg. na wskazującym i trzecim) ślady sadzy, tłuszczu, otarcia, sińce i nawet zranienia. W jednym z tych przypadków mańkut pozbawił się życia, strzelając w prawą skroń.

Szepielewskij. Rzadki przypadek samobójstwa

Pewien mężczyzna popełnił samobójstwo, powodując wybuch pocisku, który włożył sobie do ust, wskutek czego nastąpiło rozległe zniszczenie tkanek twarzy i czaszki. Uszkodzenia tego rodzaju, naogół rzadkie, mogą przypominać powstałe przy strzale w usta z fuzji, naładowanej wodą i t. p.

Kuzniecow. Dwa przypadki kombinowanego dzieciobójstwa.

1. Na 6-ty dzień po porodzie matka próbowała zabić swe dziecię przez wprowadzenie mu igły do żołądka, gdy to nie poskutkowało, zadusiła go włożywszy mu do gardzieli kawałek blachy o kształcie zegara piaskowego około 3 cm. wysokości.

2. Trzytygodniowe niemowlę było zgładzone przez wbicie igły do serca od strony dołka nad mostkowego i przez zaduszenie jakimś miękim przedmiotem.

Pozatem autor opisuje rzadki przypadek kombinowanego samobójstwa: pewien mężczyzna przeciął sobie tchawicę, a następnie zadał dwie duże rany cięte brzucha i przez nie powycinał jelita, 7 kawałków których było znaleziono na podłodze przy ciele denata.

Ogarkow. Zejścia śmiertelne w następstwie zranienia przy t. zw. pustych strzałach (nabój bez kuli).

Tego rodzaju strzały dane zblizka i z broni takiej jak karabin wojskowy, lub rewolwer syst. Nagan mogą spowodować rozległe uszkodzenia: gazy wchodzące do ciała w takich narządach jak serce, wątroba i t. d., powodują znaczne zniszczenia, przy strzałach w czaszkę —może wystąpić nawet uszkodzenie kości, przypominające powstałe od kuli. W licznych przypadkach przyłącza się tu i działanie przybitki, szczeg., gdy była ona zrobiona ze sztywnego i zbitego materjału.

Autor podaje dwa własne odnośne przypadki i przytacza wynik bardzo ciekawych własnych doświadczeń, dotyczących pustych strzałów.

Nagowskij. W sprawie wykrywania maskowanych zabójstw.

Autor przytacza przypadek zabójstwa kobiety przez zadławienia i uszkodzenia kości czaszki wskutek uderzenia odważnikiem i następnie — podrzucenie ciała pod pociąg celem upozorowania samobójstwa wzgl. wypadku. Koła pociągu przecięły ciało na trzy części, na szyi trupa znaleziono po obu stronach po kilka półkulistych otarć naskórka, kość gdykowa była uszkodzona, na głowie i twarzy— znaleziono 10 ran tłuczonych. Znalezienie znacznej ilości krwi w żołądku i drogach oddechowych dowodziło, że śmierć nie mogła nastąpić pod kołami pociągu, gdyż nie byłoby czasu na wciągnięcie krwi do tych narządów przy rozkawałkowaniu ciała przez koła.

W. Grzywo - Dąbrowski.

J. P. PRICE

ZATRUCIA NAFTĄ U DZIECI.

Sammlung v. Vergiftungsfälle 1933.

Pomimo, że nafta i dziś jeszcze jest przedmiotem bardzo częstego użytku dla każdego dostępnym, rzadko jest przyczyną zatrucia. Tem więcej zatem zasługują na uwagę cztery przypadki zatrucia naftą dzieci w wieku od 11 do 24 miesięcy, które przypadkowo znalazłszy flaszkę z naftą, część jej wypiły. W trzech przypadkach nastąpiło po trzech godzinach zupełne wyzdrowienie, w jednym — zgon po kilkunastu godzinach przy objawach powolnego osłabienia akcji serca. Objawy zatrucia przedewszystkiem zależą od ilości i rodzaju nafty. Po zażyciu jej drogą doustną występuje zadrażnienie narządów trawienia, palenie w ustach, gardzieli i przełyku, wymioty, a potem bóle przy oddawaniu moczu. Jako następstwo wdychania nafty zjawia się kaszel, w poważniejszych przypadkach — sinica, osłabienie tętna, coma. W krwi zatrutych znajdowano methemoglobinę.

Właściwej odtrutki przeciwko nafcie nie znamy; płukanie żołądka i środki czyszczące są przedewszystkiem wskazane, pozatem środki wzmacniające.

W. D.

BOGDASSAROW I NEPORONT.

PRZENIKNIĘCIE MIESZANKI BARYTOWEJ (SIARCZANU BAROWEGO) DO JAMY BRZUSZNEJ PRZY WRZODZIE OKRĄGŁYM ŻOŁĄDKA.

Sammlung v. Vergiftungsfälle 1933.

Używany jako środek kontrastowy przy rentgenoskopji siarczan baru wrazie przeniknięcia do jamy brzusznej (np. przy obecności wrzodu okragiego żołądka) powoduje ciężkie, przeważnie śmiertelne zapalenie otrzewnej. W przypadku autorów u chorego był rozpoznawany wrzód okrągły żołądka; po 5-dniowej obserwacji w szpitalu podano mu 100 gr. siarczanu baru w 300 gr. wody. Prześwietlenie wykazało w obrębie małej krzywizny niewielki punkt, który przy uciskaniu wykazywał dużą bolesność; podczas palpacji choremu nagle zrobiło się niedobrze, wystąpiły silne bóle w jamie brzusznej oraz obraz zapalenia otrzewnej. Następnego dnia stan ogólny się polepszył, jednak bóle się utrzymywały, po kilku dniach nastąpiło znaczne polepszenie. Przy rentgenoskopji zauważono wtedy rozmaite cienie w lewej połowie jamy brzusznej aż do jelita esowatego.

Autorzy dochodzą do wniosku, że podczas palpacji przy pierwszem prześwietlaniu promieniami Rentgena nastąpiło przebicie wrzodu żołądka, masy barowe przedostały się do jamy brzusznej i wykazały się w postaci cieni.

W. D.

MACHT.

ZATRUCIE WĘGLANEM BARU.

Sammlung v. Vergiftungsfälle 1933.

Pewien 30-letni mężczyzna przez pomyłkę zamiast sody zażył o godz. 11 wieczorem 1½ łyżeczki od herbaty węglanu baru, a następnie położył się spać. Zbudził się około 3½ rano, gdy wystąpiły silne bóle brzucha i wymioty, potem rozwolnienie, bóle całego ciała i ogólne znaczne osłabienie. Chorego bardzo osłabionego, lecz przytomnego odwieziono do szpitala. W szpitalu wymioty ustąpiły, ukazał się natomiast niedowład obu kończyn dolnych, chory z trudem mógł się poruszać, robił wrażenie umierającego, mocz nie odchodził. Zastosowano rozmaite środki wzmacniające oraz płukanie żołądka i t. p. Powoli nastąpiła poprawa i chory po 6 dniach, na drodze do wyzdrowienia, opuścił szpital.

W. D.

BALAZS.

SAMOBÓJSTWO ZA POMOCĄ ZAŻYCIA ADALINY.

Sammlung v. Vergiftungsfälle 1933.

Dotychczas były opisane tylko dwa przypadki śmiertelnego zatrucia adaliną — Gerhartza — po zażyciu 20 gr. i Grigassy również po 20 gr. adaliny. W przypadku autora 57 l. kob. zażyła — 40 gr. adaliny w 80 tabliczkach i 10 gr. kwasu acetylsalicylowego. Objawy zatrucia były następujące: zupełna nie-

przytomność, brak odruchów, źrenice wąskie nie oddziaływały na światło, oddech powierzchowny, sinica warg i paznokci, ciepłota do 38°, wybitna dermografja. Śmierć nastąpiła po 30 godzinach.

Przy sekcji zwłok stwierdzono, że na tylnej ścianie żołądka błona śluzowa była obrzmiała, zawierała powierzchowne wybroczynki krwawe (zmianę tę autor przypisuje wspólnemu działaniu kwasu acetylsalicylowego i adaliny), płuca i błona śluzowa dróg oddechowych przekrwione. W nerkach przy badaniu mikroskopowem stwierdzono wybitne zwyrodnienie miąższowe nabłonków kanalików i przekrwienie zastoinowe. Przy badaniu chemicznem najwięcej adaliny i bromu znaleziono w płynie mózgowo - rdzeniowym, krwi, treści żołądka i jelit, moczu, żółci i nerkach, najmniej w mózgu.

Autor ustala, że minimalna dawka śmiertelna adaliny wynosi ok. 20 gr. lecz obserwował przypadki, w których zażycie 20 — 30 gr. adaliny nie spowodowało poważniejszych zaburzeń i kończyły się pomyślnie.

W. D.

E. SCHAIRER.

BIAŁE ROZMIĘKCZENIE W RDZENIU KRĘGOWYM, JAKO PÓŹNE NASTĘPSTWO URAZU.

Monatschrift f. Unfallheilkunde 1934.

U 35-letniego mężczyzny w 10 dni po upadku, połączonym z uderzeniem się kręgosłupem o twardy przedmiot wystąpiło porażenie spastyczno - paretyczne nóg, zaburzenia czucia i t. p. Chory zmarł w 8 miesięcy potem wskutek urosepsis. Sekcja wykazała białe ognisko rozmiękczeniowe w obrębie 6 — 12 segmentu piersiowego.

Tego rodzaju późne białe rozmiękczenie po urazie autor tłomaczy zaburzeniami krążenia, które wystąpiły w następstwie wstrząsu i powoli się potęgowały. Przypadek autora należy odnieść do tejże samej kategorji, co apopleksję późną Bellingera oraz późne wylewy krwi do istoty mózgowej po urazach i powinien być zaliczony do gatunku uszkodzeń pourazowych.

W. D.

KÜHNE.

ODDZIAŁYWANIE MÓZGU PRZY USZKODZENIACH CZASZKI.

Monatschrift f. Unfallheilkunde 3. 34.

Autor zajął się przedewszystkiem temi przypadkami, w których po przebytym urazie czaszki nie występują wyraźne zmiany organiczne, świadczące o uszkodzeniu istoty mózgowej, lecz poszkodowany skarży się na szereg dolegliwości ogólnej natury, które mogą być potraktowane jako neurasteniczne wzgl. symulowane.

Skutki urazu czaszki zależą od następujących warunków: siły uderzenia, rodzaju narzędzia (narzędzie szerokie lub wąskie) i czy były lub nie uszkodzone kości czaszki (pozatem, oczywiście wchodzą w grę nieuchwytne warunki indywidualne osobnika).

Przy tego rodzaju przypadkach przedewszystkiem jest ważnem, czy miał miejsce wstrząs mózgowy — co się określa na podstawie objektywnego stwierdzenia objawów wstrząsu (natychmiastowa utrata przytomności, bladość twarzy, wymioty pochodzenia mózgowego, zwolnienie tętna i t. p.); przyczynę tych objawów autor widzi w odruchowem porażeniu większej części komórek zwojowych kory mózgowej, jednocześnie występuje zadrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego, stąd — odruchowa niedokrwistość mózgu; zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego nie odgrywa przytem żadnej istotnej roli. Porażenie komórek nerwowych powoduje w skutkach utratę przytomności, skurcz zaś naczyń — stwierdzoną klinicznie bladość twarzy. Jeśli utrata przytomności trwa dłużej (np. w ciągu godziny) nigdy wtedy nie wchodzi w grę tylko wstrząs mózgu, lecz mają miejsce i zmiany organiczne, w tych przypadkach przy badaniu mikroskopowem znajdujemy duże zmiany komórek i włókien nerwowych (wakualizacja, zmiany w jądze, chromatoliza, rozpad włókien osiowych, wybroczynki krwawe, szkliste zwyrodnienie ścian małych naczyń, rozszerzenie ich światła, nacieczenia okrągło komórkowe), niektóre z tych zmian występują już w 15 godzin od chwili wypadku.

Biorąc pod uwagę wymienione organiczne zmiany w razie stwierdzenia, że poszkodowany w ciągu długich godzin lub dni był nieprzytomny, nawet jeśli przy badaniu w czas pewien po wypadku nie znajdziemy wyraźnych organicznych objawów, będziemy mogli jednak przyjąć, że miały miejsce organiczne uszkodzenia mózgu. W niektórych tego rodzaju przypadkach autor stwierdzał wzmożoną psychiczną drażliwość, łatwe psychiczne zmęczenie, zaburzenia pamięci, upośledzenie zdolności sądzenia i t. p.

Znacznie trudniejsze do objektywnego stwierdzenia są przypadki lekkiego wstrząsu mózgu bez żadnych charakterystycznych jego cech, w tych przypadkach autor spotykał następujący zespól skarg: zawroty głowy przy schylaniu lub wyprostowywaniu się i przy ruchach obrotowych głowy, bóle głowy połączone z krwotokami z nosa, czasami skłonność do wymiotów przy położeniu na plecach, nadwrażliwość słuchową i upośledzenie zdolności zapamiętywania.

W przypadkach urazu czaszki (bez wyraźnych objawów organicznych) przy poziomem położeniu nawznak występuje wyraźny przypływ krwi do głowy (u ludzi zdrowych tego się nie widzi) i zwolnienie tętna do 60 i więcej. Przy obniżeniu głowy i uniesieniu nóg objawy te występują jeszcze wyraźniej, a czasami zjawiają się nawet ataki wymiotów i krwotoki z nosa. Autor podnosi, że następstwa przebytego urazu czaszki w postaci chronicznego wzmożenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego mogą trwać i w ciągu lat, na co, między innemi, wskazuje wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego (180 mm.).

Jako sposób rozpoznania przebytego urazu czaszki (i mózgu) autor poleca próbę adrenalinowo-sondową Mucka: jeśli posmarujemy rozczynem adrenaliny poduszkowatą wyniosłość dolnej muszli nosowej i guziczek sondy przeciągniemy po niej od tyłu ku przodowi, u zdrowego osobnika pod 2 — 3 minutach wystąpi różowe zabarwienie błony śluzowej zpowodu rozszerzenia naczyń, u osobnika chorego, natomiast gdy wchodzi w grę zmiana w stanie naczyń mózgowych (np. przy migrenie) przy tem przeciągnięciu sondą wystąpi białe pasemko wskutek wzmożonego skurczu naczyń. Objaw ten występuje przy padaczce, rzucawce, schorzeniach kiłowych mózgu i przy takich uszkodzeniach mózgu, w których wchodzą w grę zaburzenia ze strony naczyń; jest godnem zaznaczenia, że wspomniany objaw występuje po tej stronie, po której mają miejsce schorzenia mózgu.

Na zakończenie autor stwierdza, że podane powyżej najrozmaitsze objawy mogą w wielu przypadkach po latach nawet wskazać na przebyte uszkodzenia mózgu.

W. D.

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY i SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 3-ci zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się: A r t y k u ł y: prof. Franciszek Bossowski „Ochrona przeciwko nieuczciwej konkurencji ze stanowiska prawa porównawczego oraz prawa rzymskiego"; dr. J. Kazimierz Gidyński „Wsteczna moc obowiązująca kodeksu zobowiązań"; mgr. Jerzy Gutsche „Stanowisko prawne redaktora w niemieckiem i włoskiem ustawodawstwie prasowem"; prof. Jerzy Kurnatowski „Spółdzielczość w Rosji Sowieckiej"; Michał Brutzkus „Gospodarcze możliwości reagraryzacji Niemiec, kilka uwag krytyczno - informacyjnych". Przegląd piśmiennictwa: 52 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Przegląd prawa skarbowego, prawa karnego i procesu karnego, prawa cywilnego, procesu cywilnego. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich, Orzecznictwo Najwyższego Sądu Wojskowego. — Kronika gospodarcza i socjalna. — Miscellanea.

SPROSTOWANIE.

W 2-im numerze Czasopisma Sądowo-Lekarskiego w „Polskiej Bibljografji Kryminologicznej etc." na str. 80 i str. 82 zamiast „Walter" ma być „Wolter".